

**LE PRÉSIDENT DE LA TRANSITION,
CHEF DE L'ETAT,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES.**

Visa CF n° 01125
du 18/10/2023

Thurs 10/10/19

- Vu** la Constitution ; –
- Vu** la Charte de la Transition du 14 octobre 2022 ; –
- Vu** le décret n°2022-0924/PRES-TRANS du 21 octobre 2022 portant nomination du Premier Ministre et son rectificatif le décret n°2023-0017/PRES-TRANS du 12 janvier 2023 ; –
- Vu** le décret n°2023-0766/PRES-TRANS du 25 juin 2023 portant remaniement du Gouvernement ; –
- Vu** le décret n°2022-0996/PRES-TRANS/PM du 02 décembre 2022 portant attributions des membres du Gouvernement ; –
- Vu** la loi n°010-2013/AN du 30 avril 2013 portant règles de création des catégories d'établissements publics ; –
- Vu** la loi n° 060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso ; –
- Vu** le décret n° 2014-679/PRES/PM/MEF/MFPTSS du 01 août 2014 portant statut général des établissements publics de prévoyance sociale ; –
- Vu** le décret n° 2018-0265/PRES/PM/MINEFID/MFPTPS du 9 avril 2018 portant création d'un organisme de gestion dénommé caisse nationale d'assurance maladie universelle ; –
- Vu** le décret n° 2018-0331/PRES/PM/MFPTPS/MINEFID du 24 avril 2018 portant approbation des statuts particuliers de la Caisse nationale d'assurance maladie universelle ; –
- Vu** le décret n° 2023-0829/PRES-TRANS/PM/MFPTPS du 07 juillet 2023 portant organisation du Ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Protection sociale ; –
- Sur** rapport du Ministre d'Etat, Ministre de la Fonction Publique, du Travail et de la Protection Sociale ; –
- Le** Conseil des ministres entendu en sa séance du 09 août 2023 ; –

D É C R È T E

Article 1 : Sont approuvés les modèles type des conventions nationales et individuelles, régissant les rapports entre les organismes de gestion du régime d'assurance maladie universelle et les prestataires de soins de santé, publics ou privés, conformément à l'article 22 de la loi n°060 - 2015/CNT du 05 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

Les modèles types des conventions nationales et individuelles visés à l'alinéa 1 ci-dessus sont annexés au présent décret.

Article 2 : Le Ministre d'Etat, Ministre de la Fonction publique, du Travail et de la Protection sociale, le Ministre de l'Economie, des Finances et de la Prospective et le Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel du Faso.

Ouagadougou, le 20 octobre 2023



Capitaine Ibrahim TRAORE

Le Premier Ministre

Apollinaire Joachimson KYELEM de TAMBELA

Le Ministre d'Etat, Ministre de la
Fonction publique, du Travail et
de la Protection sociale

Bassolma BAZIE

Le Ministre de l'Economie, des Finances
et de la Prospective

Aboubakar NACANABO

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique

Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU

LOGO DES PARTIES
CONTRACTANTES

MODELE TYPE DE CONVENTION INDIVIDUELLE ENTRE LA
(ORGANISME DE GESTION) ET (LABORATOIRE DE BIOLOGIE
MEDICALE)

Entre

la, sis à, Rue.....,
représentée par son Directeur Général, M.....,

Ci-après dénommée « Organisme de gestion »

d'une part,

ET

la
Siègesis à
Rue....., Téléphone.....,
Email....., Site web.....

représentée par M.....,

.....

Ci-après dénommée « laboratoire
medicale »

de biologie

d'autre part,

PRÉAMBULE

LES PARTIES SIGNATAIRES

Conscientes de la nécessité pour l'Etat d'opérationnaliser le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) institué par la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 en vue de lever les barrières financières d'accès des populations aux soins de santé ;

Considérant la responsabilité générale de l'Etat de garantir la disponibilité d'un panier de soins de qualité et la pérennité du régime d'assurance maladie universelle dans le but d'assurer l'accès effectif et équitable de chaque assuré aux prestations de soins de santé ;

Considérant le rôle et l'importance des établissements publics et privés de santé en tant que prestataires de soins dans la mise en œuvre effective de l'assurance maladie universelle ;

Convaincues que les conventions sont des outils indispensables à une relation saine et responsable en vue de permettre aux assurés de bénéficier de prestations de qualité ;

Déterminées à assurer aux praticiens de soins de santé des conditions d'exercices de leur profession de sorte à leur garantir une bonne relation avec leurs patients, bénéficiaires du RAMU ;

Conviennent des termes de la présente convention dont la teneur suit :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention régit les relations entre (Organisme de gestion) et..... (**Laboratoire de biologie médicale**) conformément à la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

Article 2 : Champ d'application

La présente convention s'applique à :

- (laboratoire) ;
-(l'organisme de gestion signataire de la présente convention) ;
- les prestations du panier de soins en fonction du domaine d'intervention des laboratoires;
- l'ensemble des bénéficiaires du RAMU.

CHAPITRE II : DEFINITIONS ET PRINCIPES GENERAUX

Article 3 : Définitions

Il est admis pour les parties contractantes que les termes suivants sont compris sans équivoque et de la manière suivante :

- accord préalable : procédure qui conditionne la prise en charge par la (ORGANISME DE GESTION) de certains actes et produits de santé par l'obtention de son accord préalablement à leur dispensation ;
- assurance maladie universelle : dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie ou de maternité ;
- assuré social : toute personne affiliée et ayant fait l'objet d'immatriculation à la (Organisme de gestion) ;
- bénéficiaire : toute personne qui remplit les conditions de bénéfice des prestations de soins de santé au titre du régime d'assurance maladie universelle ;
- dispositif médical : ensemble de matériels médico-techniques indispensables à la prise en charge médicale d'un malade ;
- facture : support normalisé électronique et/ou papier, servant au règlement des frais relatifs aux prestations de soins ;

- indigent : est considérée comme indigente, conformément à la réglementation en vigueur, la personne qui remplit cumulativement les critères suivants :
 - ✓ être dans une situation d'absence ou d'insuffisance de revenu ;
 - ✓ être dans une situation d'absence ou d'insuffisance d'aide.
- laboratoire de biologie médicale: structure ou établissement chargé d'effectuer des analyses de biologie, d'exploration fonctionnelle et/ou médicales ;
- organisme de gestion déléguée : toute structure publique ou privée qui, par une convention de délégation avec les organismes de gestion de l'assurance maladie, est chargée de gérer une ou plusieurs fonctions techniques desdits organismes de gestion ;
- panier de soins : ensemble des actes, biens et services médicaux pris en charge par le régime d'assurance maladie universelle.
- compérage : le concert entre deux ou plusieurs personnes en vue de faire obtenir au moins à l'une d'elle un profit, un avantage ou un privilège indu au détriment du malade ou du tiers à l'occasion d'actes professionnels.
- force majeure : un événement imprévisible, irrésistible et insurmontable empêchant l'une ou l'autre des parties à la convention, d'exécuter ses obligations.

Article 4 : Les principes généraux

Les parties signataires s'engagent à se conformer aux principes ci-après :

- garantir à tous les bénéficiaires du RAMU l'accès à une biologie médicale de qualité ;
- mettre en application le principe de rationalité dans la réalisation des analyses médicales, et dans l'utilisation des protocoles existant et adoptés par textes normatifs ou ayant fait l'objet d'un consensus national ;
- garantir la confidentialité des informations relatives à l'état de santé du bénéficiaire du RAMU et au fonctionnement des structures obtenues dans le cadre de la mise en œuvre de la présente convention.

Article 5 : Libre choix

Les bénéficiaires du RAMU ont le libre choix du laboratoire de biologie médicale. La (Organisme de gestion) et (Laboratoire de biologie médicale) s'engagent au respect de ce principe.

TITRE II : OBLIGATIONS DES PARTIES

CHAPITRE 1 : OBLIGATIONS DE (LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE)

Article 6 : Enregistrement et identification des patients

..... (Laboratoire de biologie médicale) est chargé, dès l'accueil, de vérifier l'identité du patient et de s'assurer de sa qualité de bénéficiaire du RAMU. A ce titre, ils doivent exiger la présentation d'une carte d'assuré valide à tout patient réclamant des prestations dans le cadre du RAMU.

Les enfants âgés de moins de trois (3) mois sont pris en charge sur présentation de l'attestation provisoire délivrée par l'organisme de gestion.

..... (Laboratoire de biologie médicale) est tenu d'utiliser et/ou de renseigner tous les outils demandés ou mis à la disposition par la(Organisme de gestion) et de lui fournir toutes informations nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires du RAMU.

Article 7 : réalisation des examens de biologie médicale

..... (Laboratoire de biologie médicale) est tenu de mener les investigations ou explorations conformément aux prescriptions. (Laboratoire de biologie médicale) est tenu de fournir au bénéficiaire du RAMU toutes informations nécessaires à sa prise en charge dans la structure concernée.

Il s'engage également à assurer la qualité des dispositifs, réactifs et appareils intervenant dans la réalisation desdits examens.

Article 8 : Conditions de fourniture des prestations

..... (Laboratoire de biologie médicale) est tenu d'effectuer les prélèvements et les analyses dans le respect des normes.

.....(II) s'engage à produire des comptes rendus d'examens conformes à la réglementation en vigueur.

Article 9 : Interdiction de compérage

Tout compérage entre les prestataires de biologie médicale est interdit.

Article 10 : Renseignement des outils de prise en charge

Tout laboratoire de biologie médicale renseigne correctement et lisiblement les outils de prise en charge des bénéficiaires mis à leur disposition par la (Organisme de gestion).

Article 11 : Conditions de facturation des prestations réalisées

Tout laboratoire de biologie médicale s'engage à appliquer la tarification des actes annexée à la présente convention.

La facturation des prestations à la (Organisme de gestion) se fait par mois. Les dossiers de facturation sont transmis à la (Organisme de gestion) dans les sept jours du mois suivant.

Article 12 : Soumission aux contrôles

..... (Laboratoire de biologie médicale) s'engage à se soumettre aux différents contrôles dans le cadre du RAMU conformément aux textes en vigueur.

CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DE LA (ORGANISME DE GESTION)

Article 13 : Sécurité des documents d'identification des assurés

La (Organisme de gestion) s'engage par la présente convention à garantir la sécurité de la carte d'assuré, seul document d'identification de la qualité de bénéficiaire du RAMU.

Article 14 : Documents et imprimés de prise en charge

La (Organisme de gestion) est tenue de fournir à (Laboratoire de biologie médicale) tout document ou imprimé nécessaire à la prise en charge des bénéficiaires du RAMU ou au paiement des factures.

Article 15 : Paiement des factures

La (Organisme de gestion) est tenue de payer les factures vérifiées conformes émises par (Laboratoire de biologie médicale) dans un délai de trente (30) jours suivant leur réception.

Article 16 : Information et sensibilisation

La (Organisme de gestion) s'engage à informer tous ses assurés de la liste des laboratoires conventionnés ainsi que des procédures de prise en charge.

La (Organisme de gestion) se donne également l'obligation de sensibiliser ses assurés sur leurs droits et devoirs dans le cadre du RAMU.

TITRE III : DUREE, ENTREE EN VIGUEUR, RENOUVELLEMENT ET REVISION

CHAPITRE 1 : DUREE ET ENTREE EN VIGUEUR

Article 17 : Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de trois (03) ans.

Article 18 : Entrée en vigueur

La présente convention entre en vigueur un (01) mois après sa signature.

CHAPITRE 2 : REVISION ET RENOUVELLEMENT

Article 19 : Révision

La présente convention peut faire l'objet de révision par avenant d'un commun accord des parties signataires.

Article 20 : Renouvellement

La présente convention est renouvelable par écrit après une évaluation concluante par les parties signataires.

TITRE IV : COMMISSION PERMANENTE DE CONCERTATION

Article 21 : Attributions de la Commission permanente de concertation

Il est institué une commission permanente de concertation chargée du suivi de l'exécution de la présente convention.

La Commission est notamment chargée de :

- suivre le respect des engagements des parties ;
- évaluer la mise en œuvre de la convention ;
- identifier les difficultés de la mise en œuvre de la convention et proposer le cas échéant des solutions.

Article 22 : Composition de la Commission permanente de concertation

La commission permanente de concertation est composée de :

Président : un (1) représentant de l'organisme de gestion.

Vice-Président : un (1) représentant de (Laboratoire).

Membres :

- deux (2) représentants de l'organisme de gestion;
- deux (2) représentants de (laboratoire).

Article 23 : Désignation des membres de la Commission permanente de concertation

Les membres de la Commission permanente de concertation sont désignés selon les règles propres à chaque organisation.

Article 24 : Fonctionnement de la Commission permanente de concertation

La Commission se réunit une fois l'an et chaque fois que de besoin à la demande de l'une ou l'autre des parties.

Les réunions de la Commission permanente de concertation sont convoquées par le président.

La Commission permanente de concertation prend ses décisions valablement si au moins deux (02) représentants de chacune des parties sont présents.

En cas d'absence de quorum, un rapport de constat de carence est rédigé par le secrétariat de la Commission.

En cas de carence, la réunion est ajournée et l'ordre du jour est examiné à la toute prochaine réunion dans un délai qui ne saurait excéder trente (30) jours.

Si la carence persiste, les parties peuvent exercer les voies de recours conformément aux textes en vigueur.

Le secrétariat des réunions de la commission permanente de concertation est assuré par l'organisme de gestion.

Article 25 : Modalités de prise de décisions de la Commission permanente de concertation

Les décisions de la commission permanente de concertation sont prises par consensus et consignées dans un procès-verbal.

Les travaux de la commission sont consignés dans un procès-verbal.

Le point de désaccord est réglé conformément aux textes en vigueur.

TITRE V : RUPTURE DE LA PRESENTE CONVENTION ET REGLEMENT DES LITIGES

Article 26 : Rupture

La présente convention peut être rompue dans les conditions suivantes :

- par accord écrit des parties signataires. Dans ce cas, la partie la plus diligente saisit l'autre par un écrit pour l'inviter à discuter sur la cause ;
- le non-respect de tout ou partie des obligations contractuelles par l'une des parties. La partie qui estime que l'autre partie n'a pas exécuté toute ou partie de ses obligations, doit au préalable saisir la commission permanente de concertation. Si au bout d'un mois pour compter de la notification du procès-verbal de la commission de concertation confirmant le manquement des obligations, ou de la constatation de l'impossibilité de tenir une session de la commission, les faits incriminés se poursuivent, la partie victime de cette situation peut demander la fin de la convention ;
- en cas de force majeure.

Article 27 : Règlement des litiges

Tout litige né de l'exécution de la présente convention sera réglé à l'amiable dans un délai de trois (03) mois. Faute de règlement amiable dans le délai de trois mois à compter de la naissance du litige ou en cas d'échec du règlement à l'amiable, le litige sera porté devant les juridictions compétentes du Burkina Faso.

Fait en deux (2) exemplaires

A Ouagadougou le,

<p>Pour (LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE)</p> <p>(Signature précédée de la mention Lu et approuvé)</p>	<p>Pour la (ORGANISME DE GESTION)</p> <p>(Signature précédée de la mention Lu et approuvé)</p>
--	---

ANNEXES : (énumérer les différentes annexes)

LOGO DES PARTIES
CONTRACTANTES

**MODELE TYPE DE CONVENTION INDIVIDUELLE ENTRE LA
(ORGANISME DE GESTION) ET(ETABLISSEMENT PUBLIC DE
SANTÉ)**

Entre

la, sis à, Rue.....,
représentée par son Directeur Général, M.....,

Ci-après dénommée « (Organisme de gestion) »

d'une part,

ET

.....,

Siègesis à, Rue.....,
Boîte postale (BP)....., Téléphone.....,
Email....., Site Web.....,
représentée par , M.....,

Ci-après dénommée « établissement public de santé, en abrégé EPS »

d'autre part,

PRÉAMBULE

LES PARTIES SIGNATAIRES

Conscientes de la nécessité de mettre en œuvre l'assurance maladie universelle (institué par la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso en vue de lever les barrières financières d'accès des populations aux soins de santé de qualité ;

Considérant la nécessité de garantir la disponibilité d'un panier de soins et la pérennité financière du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) dans le but d'assurer l'accès effectif et équitable de chaque assuré aux prestations de soins de santé de qualité ;

Considérant le rôle et l'importance des établissements sanitaires publics de soins en tant que prestataires de soins dans la mise en œuvre effective de l'assurance maladie universelle ;

Convaincues que les conventions sont des outils indispensables à une relation saine et responsable en vue de permettre aux assurés de bénéficier de prestations de soins de qualité ;

Conviennent des termes de la présente convention dont la teneur suit :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de régir les relations entre..... (Organisme de gestion) et (EPS) conformément à la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

Article 2 : Champ d'application

La présente convention s'applique à :

- (EPS) ;
- (l'organisme de gestion signataire de la présente convention) ;
- les prestations du panier de soins en fonction du domaine d'intervention des (EPS);
- l'ensemble des bénéficiaires du RAMU.

CHAPITRE II : DEFINITIONS ET PRINCIPES GENERAUX

Article 3 : Définitions

Il est admis pour les parties contractantes que les termes suivants sont compris sans équivoque et de la manière suivante :

- **accord préalable** : procédure qui conditionne la prise en charge par la (Organisme de gestion) de certains actes et produits de santé par l'obtention de son accord préalablement à leur dispensation ;
- **assurance maladie universelle** : dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie ou de maternité ;
- **assuré social** : toute personne affiliée et ayant fait l'objet d'immatriculation à la (Organisme de gestion) ;
- **bénéficiaire** : toute personne qui remplit les conditions de bénéfice des prestations de soins de santé au titre du régime d'assurance maladie universelle ;
- **dispositif médical** : ensemble de matériels médico-techniques indispensables à la prise en charge médicale d'un malade ;

- **facture** : support normalisé électronique et/ou papier, servant au règlement des frais relatifs aux prestations de soins ;
- **filière de soins** : elle représente les différentes modalités de recours aux soins et la trajectoire de soins empruntée par le patient pour la prise en charge d'une pathologie donnée, impliquant une organisation cohérente et graduée des soins autour de multiples acteurs et établissements de santé publics et privés ;
- **formulaire de demande d'accord préalable** (DAP) : imprimé destiné au contrôle médical que le praticien doit remplir pour obtenir l'autorisation de l'organisme de gestion pour certains actes et produits de santé ;
- **indigent** : est considérée indigente, la personne qui remplit cumulativement les critères suivants : (i) être dans une situation d'absence ou d'insuffisance d'aide, (ii) être dans une situation d'absence ou d'insuffisance d'aide ;
- **organisme de gestion déléguée** : toute structure publique ou privée qui, par une convention de délégation avec les organismes de gestion de l'assurance maladie, est chargée de gérer une ou plusieurs fonctions techniques desdits organismes de gestion ;
- **panier de soins** : ensemble des actes, biens et services médicaux pris en charge par le régime d'assurance maladie universelle ;
- **prestataire public de soins de santé** : toute structure soignante du secteur public de santé exerçant dans le domaine médical ou paramédical ;
- **force majeure** : un événement imprévisible, irrésistible et insurmontable empêchant l'une ou l'autre des parties à la convention, d'exécuter ses obligations.

Article 4 : Principes généraux

Les parties signataires s'engagent à se conformer aux principes ci-après :

- garantir à tous les bénéficiaires l'accès aux soins de santé de qualité ;
- offrir des soins de qualité conformément aux référentiels nationaux et internationaux ou ayant fait l'objet d'un consensus national et de tout outil instauré dans le cadre du RAMU ;
- garantir la confidentialité des informations relatives à l'état de santé du patient et au fonctionnement des structures obtenues dans le cadre de la mise en œuvre de la présente convention.

Article 5 : Filière de soins

Le respect de la filière de soins définie par le Ministère en charge de la santé est obligatoire pour tout bénéficiaire.

Article 6 : Libre choix

Les bénéficiaires du RAMU ont le libre choix de l'établissement sanitaire.

La (Organisme de gestion) et (EPS) s'engagent au respect de ce principe.

TITRE II : OBLIGATIONS DES PARTIES

CHAPITRE 1 : OBLIGATIONS DE (ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE)

Article 7 : Identification et enregistrement du bénéficiaire

..... (EPS) est chargé, dès l'accueil, de vérifier l'identité du patient et de s'assurer de sa qualité de bénéficiaire et de la validité de sa carte.

Les enfants âgés de moins de trois (3) mois sont pris en charge sur présentation de l'attestation provisoire délivrée par l'organisme de gestion.

..... (EPS) est tenu d'utiliser ou de renseigner tous les outils demandés ou mis à la disposition par la (Organisme de gestion) et de lui fournir toutes informations nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires du RAMU.

Article 8 : Disponibilité du panier de soins

..... (EPS) s'engage par la présente convention à rendre disponible le panier de soins. Il s'engage également à assurer la qualité des prestations fournies aux bénéficiaires.

Article 9 : Accord préalable

La prise en charge médicale de certaines prestations doit faire l'objet d'un accord préalable de la (Organisme de gestion). La liste de ces prestations, est établie par la (Organisme de gestion) et transmise aux prestataires de soins.

Le formulaire de demande d'accord préalable renseigné et signé par (EPS) est directement adressée à la (Organisme de gestion).

Article 10 : Référence du bénéficiaire

Dans le cadre de la continuité des soins, (EPS) réfère, en cas de besoins, les bénéficiaires vers d'autres établissements sanitaires.

Toutefois, le bénéficiaire du RAMU ne sera pris en charge par la (Organisme de gestion) que si l'établissement sanitaire d'accueil est conventionné.

Article 11 : Dispensation des soins de santé

La présente convention porte sur la totalité des soins de santé dispensés en ambulatoire ou en hospitalisation conformément à la législation en vigueur.

..... (EPS) fournit aux bénéficiaires du RAMU des soins de qualité dans le respect des référentiels nationaux et internationaux.

Le praticien prescrit en priorité les médicaments essentiels génériques.

Toutefois, le praticien peut prescrire des médicaments de spécialités dans les conditions établies par (Organisme de gestion).

Article 12 : Renseignement des outils de prise en charge

..... (EPS) renseigne correctement et lisiblement les outils de prise en charge des bénéficiaires mis à leur disposition par la (Organisme de gestion).

Article 13 : Dossiers patients

Dans le cadre du suivi des patients et de la continuité des soins, (EPS) constitue obligatoirement des dossiers patients et les conserver physiquement et/ou de manière dématérialisée conformément à la réglementation en vigueur.

Article 14 : Conditions de facturation des prestations réalisées

..... (EPS) s'engage à appliquer la tarification des actes des professionnels de santé et des hospitalisations en vigueur annexée à la présente convention.

La facturation des prestations de soins à la (Organisme de gestion) se fait par mois.

Les dossiers de facturation sont transmis à la (Organisme de gestion) dans les sept jours du mois suivant.

Article 15 : Soumission aux contrôles

..... (EPS) s'engage à se soumettre aux différents contrôles dans le cadre du RAMU conformément aux textes en vigueur.

CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DE LA (ORGANISME DE GESTION)

Article 16 : Sécurité des documents d'identification des assurés

La (Organisme de gestion) s'engage par la présente convention à garantir la sécurité de la carte d'assuré, seul document d'identification de la qualité de bénéficiaire.

Article 17 : Documents de prise en charge

La (Organisme de gestion) est tenue de fournir (EPS) tous les supports nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires du RAMU ou au paiement des factures.

Article 18 : Paiement des factures

La (Organisme de gestion) est tenue de payer les factures vérifiées conformes émises par (EPS) dans un délai de trente (30) jours suivant leur réception.

Article 19 : Information et sensibilisation

La (Organisme de gestion) s'engage à informer tous ses assurés de la liste des prestataires de soins conventionnés ainsi que des procédures de prise en charge.

La (Organisme de gestion) a l'obligation de sensibiliser ses assurés sur leurs droits et devoirs dans le cadre du RAMU.

TITRE III : DUREE, ENTREE EN VIGUEUR, RENOUVELLEMENT ET REVISION

CHAPITRE 1 : DUREE ET ENTREE EN VIGUEUR

Article 20 : Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de trois (03) ans.

Article 21 : Entrée en vigueur

La présente convention entre en vigueur un (01) mois après sa signature.

CHAPITRE 2 : REVISION ET RENOUVELLEMENT

Article 22 : Révision

La présente convention peut faire l'objet de révision par avenant d'un commun accord des parties signataires.

Article 23 : Renouvellement

La présente convention est renouvelable par écrit après une évaluation concluante par les parties signataires.

TITRE IV : COMMISSION PERMANENTE DE CONCERTATION

Article 24 : Attributions de la Commission permanente de concertation

Il est institué une commission permanente de concertation chargée du suivi de l'exécution de la présente convention.

La Commission est notamment chargée de :

- suivre le respect des engagements des parties ;
- évaluer la mise en œuvre de la convention ;
- identifier les difficultés de la mise en œuvre de la convention et proposer le cas échéant des solutions.

Article 25 : Composition de la Commission permanente de concertation

La commission permanente de concertation est composée de:

Président : un (1) représentant de l'organisme de gestion.

Vice-Président : un (1) représentant de(EPS).

Membres :

- deux (2) représentants de l'organisme de gestion;
- deux (2) représentants de (EPS).

Article 26 : Désignation des membres de la Commission permanente de concertation

Les membres de la Commission permanente de concertation sont désignés selon les règles propres à chaque organisation.

Article 27 : Fonctionnement de la Commission permanente de concertation

La Commission se réunit au moins une fois l'an et chaque fois que de besoin à la demande de l'une ou l'autre des parties.

Les réunions de la Commission permanente de concertation sont convoquées par le président.

La Commission permanente de concertation prend ses décisions valablement si au moins deux (02) représentants de chacune des parties sont présents.

En cas d'absence de quorum, un rapport de constat de carence est rédigé par le secrétariat de la Commission.

En cas de carence, la réunion est ajournée et l'ordre du jour est examiné à la toute prochaine réunion dans un délai qui ne saurait excéder trente (30) jours.

Si la carence persiste, les parties peuvent exercer les voies de recours conformément aux textes en vigueur.

Le secrétariat des réunions de la commission permanente de concertation est assuré par l'organisme de gestion.

Article 28 : Modalités de prise de décisions de la Commission permanente de concertation

Les décisions de la commission permanente de concertation sont prises par consensus.

Les travaux de la commission sont consignés dans un procès-verbal.

Le point de désaccord est réglé conformément aux textes en vigueur.

TITRE V : RUPTURE DE LA PRESENTE CONVENTION ET REGLEMENT DES LITIGES

Article 29 : Rupture

La présente convention peut être rompue dans les conditions suivantes :

- par accord écrit des parties signataires. Dans ce cas, la partie la plus diligente saisit l'autre par un écrit pour l'inviter à discuter sur la cause ;
- le non-respect de tout ou partie des obligations contractuelles par l'une des parties. La partie qui estime que l'autre partie n'a pas exécuté toute ou partie de ses obligations, doit au préalable saisir la commission permanente de concertation. Si au bout d'un mois pour compter de la notification du procès-verbal de la commission de concertation confirmant le manquement des obligations, ou de la constatation de l'impossibilité de tenir une session de la commission, les faits incriminés se poursuivent, la partie victime de cette situation peut demander la fin de la convention ;
- en cas de force majeure.

Article 30 : Règlement des litiges

Tout litige né de l'exécution de la présente convention est réglé à l'amiable dans un délai de trois (03) mois. Faute de règlement amiable dans le délai de trois mois à compter de la naissance

du litige ou en cas d'échec du règlement à l'amiable, le litige est porté devant les juridictions compétentes du Burkina Faso.

Fait en deux (2) exemplaires

A Ouagadougou le,

Pour (Etablissement sanitaire public
de soins)

Pour la (organisme de gestion du
RAMU)

(Signature précédée de la mention

Lu et approuvé)

(Signature précédée de la mention

Lu et approuvé)

ANNEXES : (énumérer les différentes annexes)

Logos des parties contractantes

**MODELE TYPE DE CONVENTION INDIVIDUELLE ENTRE (ORGANISME
DE GESTION) ET(OFFICINE PHARMACEUTIQUE)**

Entre

la, sis à, Rue.....,
représentée par son Directeur Général, M.....,

Ci-après dénommée « Organisme de gestion »

d'une part,

ET

la,
Siège, sis à,
Rue....., Téléphone.....,
Email....., Site web.....,
représentée par, M.....

.....

Ci-après dénommée « officine pharmaceutique »

D'AUTRE PART,

PRÉAMBULE

LES PARTIES SIGNATAIRES

Conscientes de la nécessité pour l'Etat d'opérationnaliser le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) institué par la loi n°060-2015 du 5 septembre 2015 en vue de lever les barrières financières d'accès des populations aux soins de santé ;

Considérant la responsabilité générale de l'Etat de garantir la disponibilité d'un panier de soins de qualité et la pérennité du régime d'assurance maladie universelle dans le but d'assurer l'accès effectif et équitable de chaque assuré aux prestations de soins de santé ;

Considérant le rôle et l'importance des établissements publics et privés de santé en tant que prestataires de soins de santé dans la mise en œuvre effective de l'assurance maladie universelle ;

Convaincues que les conventions sont des outils indispensables à une relation saine et responsables en vue de permettre aux assurés de bénéficier de prestations de soins de santé de qualité ;

Déterminées à assurer aux praticiens de soins de santé des conditions d'exercices de leur profession de sorte à leur garantir une bonne relation avec leurs patients bénéficiaires du RAMU ;

Conviennt des termes de la présente convention dont la teneur suit :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de régir les relations entre (Organisme de gestion) et (Officine pharmaceutique) conformément à la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

Article 2 : Champ d'application

La présente convention s'applique à :

- (Officine pharmaceutique) ;
- (l'Organisme de gestion signataire de la présente convention) ;
- les prestations du panier de soins en fonction du domaine d'intervention pharmaceutique ;
- l'ensemble des bénéficiaires du RAMU.

CHAPITRE II : DEFINITIONS ET PRINCIPES GENERAUX

Article 3 : DEFINITIONS

Il est admis pour les parties contractantes que les termes suivants sont compris sans équivoque et de la manière suivante :

- assurance maladie universelle : dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie ou de maternité ;
- accord préalable : procédure qui conditionne la prise en charge par la (Organisme de gestion) de certains actes et produits de santé par l'obtention de son accord préalablement à leur dispensation ;
- assuré social : toute personne affiliée et ayant fait l'objet d'immatriculation à la (Organisme de gestion) ;
- bénéficiaire : toute personne qui remplit les conditions de bénéfice des prestations de soins de santé au titre du régime d'assurance maladie universelle ;
- dispositif médical : ensemble de matériels médico-techniques indispensables à la prise en charge médicale d'un malade ;

- Organisme de gestion déléguée : toute structure publique ou privée qui par une convention de délégation avec les organismes de gestion de l'assurance maladie, est chargée de gérer une ou plusieurs fonctions techniques desdits organismes de gestion ;
- panier de soins : ensemble des actes, biens et services médicaux pris en charge par le régime d'assurance maladie universelle ;
- formulaire de demande d'accord préalable (DAP) : imprimé destiné au contrôle médical que le praticien doit remplir pour obtenir l'autorisation de l'organisme de gestion pour certains actes, médicaments ou appareillages ;
- indigent : est considérée comme indigente, conformément à la réglementation en vigueur, la personne qui remplit cumulativement les critères suivants :
 - ✓ être dans une situation d'absence ou d'insuffisance de revenu ;
 - ✓ être dans une situation d'absence ou d'insuffisance d'aide.
- facture : support normalisé électronique et/ou papier, servant au règlement des frais relatifs aux prestations de soins ;
- produits pharmaceutiques : médicaments, consommables, dispositifs médicaux ou autres produits vendus en pharmacie entrant dans la prise en charge médicale des bénéficiaires du RAMU ;
- force majeure : un événement imprévisible, irrésistible et insurmontable empêchant l'une ou l'autre des parties à la convention, d'exécuter ses obligations.

Article 4 : Les principes généraux

Les parties signataires s'engagent à se conformer aux principes ci-après :

- garantir à tous les bénéficiaires du RAMU l'accès aux produits pharmaceutiques pour leur meilleure prise en charge médicale;
- mettre en application le principe de rationalité par la priorité donnée aux médicaments essentiels génériques;
- garantir la confidentialité des informations relatives à l'état de santé et au fonctionnement des structures obtenues dans le cadre de la mise en œuvre de la présente convention.

Article 5 : Libre choix

Les bénéficiaires du RAMU ont le libre choix de l'officine pharmaceutique.

La (Organisme de gestion) et..... (OFFICINE PHARMACEUTIQUE) s'engagent au respect de ce principe.

TITRE II : OBLIGATIONS DES PARTIES

CHAPITRE 1 : OBLIGATIONS DE (OFFICINE PHARMACEUTIQUE)

Article 6 : Enregistrement et identification des bénéficiaires

..... (Officine pharmaceutique) est chargée, dès l'accueil, de vérifier l'identité du bénéficiaire et de s'assurer de sa qualité de bénéficiaire du RAMU. A ce titre, elle doit exiger la présentation des documents suivants :

- une carte d'assuré valide à tout patient réclamant des prestations dans le cadre du RAMU;
- une ordonnance délivrée par un prescripteur autorisé;
- un bon de médicament délivré par le prescripteur.

Les enfants âgés de moins de trois (3) mois sont pris en charge sur présentation de l'attestation provisoire délivrée par l'organisme de gestion.

..... (Officine pharmaceutique) est tenue d'utiliser ou de renseigner tous les outils demandés ou mis à la disposition par la(Organisme de gestion)et de lui fournir toutes informations nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires du RAMU.

Article 7 : Fourniture des produits pharmaceutiques

..... (Officine pharmaceutique) fournit au bénéficiaire du RAMU, des produits pharmaceutiques conformément à la prescription et au bon de produits pharmaceutiques.

Tout bon de produits pharmaceutiques n'est valable que pendant sept jours à compter de la date de prescription. Il ne peut être honoré par le pharmacien au-delà de ce délai.

Après délivrance des produits pharmaceutiques,..... (Officine pharmaceutique) garde deux copies du bon et remet les autres au bénéficiaire du RAMU.

Article 8 : Conditions de fourniture de produits pharmaceutiques

Lorsqu'un produit pharmaceutique est présenté sous plusieurs conditionnements quant à la quantité et au nombre d'unité thérapeutique, le pharmacien est tenu de délivrer au bénéficiaire le conditionnement le plus approprié à la posologie et à la durée du traitement prescrit.

Article 9 : Renseignement des outils de prise en charge

..... (Officine pharmaceutique) renseigne correctement et lisiblement les outils de prise en charge des bénéficiaires mis à sa disposition par la (Organisme de gestion).

Article 10 : Conditions de facturation des prestations réalisées

..... (Officine pharmaceutique) s'engage à appliquer les prix de vente publics pratiqués dans chaque officine pharmaceutique.

La facturation des prestations à la (Organisme de gestion) se fait mensuellement. Les dossiers de facturation sont transmis à la (Organisme de gestion) dans les sept (07) jours du mois suivant.

Article 11 : Soumission aux contrôles

..... (Officine pharmaceutique) s'engage à se soumettre aux différents contrôles dans le cadre du RAMU conformément aux textes en vigueur.

CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DE LA (ORGANISME DE GESTION)

Article 12 : Sécurité des documents d'identification des assurés

La (Organisme de gestion) s'engage par la présente convention à garantir la sécurité de la carte d'assuré, seul document d'identification de la qualité de bénéficiaire du RAMU.

Article 13 : Documents et imprimés de prise en charge

La (Organisme de gestion) est tenue de fournir à (Officine pharmaceutique) tous documents et imprimés nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires ou au paiement des factures.

Article 14 : Paiement des factures

La (Organisme de gestion) est tenue de payer les factures vérifiées conformes émises par (Officine pharmaceutique) dans un délai de trente (30) jours suivant leur réception.

Article 15 : Information et sensibilisation

La (Organisme de gestion) s'engage à informer tous ses assurés de la liste des officines pharmaceutiques conventionnées ainsi que des procédures de prise en charge.

La (Organisme de gestion) se donne également l'obligation de sensibiliser ses assurés sur leurs droits et devoirs dans le cadre du RAMU.

TITRE III : DUREE, ENTREE EN VIGUEUR, RENOUVELLEMENT ET REVISION

CHAPITRE 1 : DUREE ET ENTREE EN VIGUEUR

Article 16 : Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de trois (03) ans.

Article 17 : Entrée en vigueur

La présente convention entre en vigueur un (01) mois après sa signature.

CHAPITRE 2 : REVISION ET RENOUVELLEMENT

Article 18 : Révision

La présente convention peut faire l'objet de révision par avenant d'un commun accord des parties signataires.

Article 19 : Renouvellement

La présente convention est renouvelable par écrit après une évaluation concluante par les parties signataires.

TITRE IV : COMMISSION PERMANENTE DE CONCERTATION

Article 20 : Attributions de la Commission permanente de concertation

Il est institué une commission permanente de concertation chargée du suivi de l'exécution de la présente convention.

La Commission est notamment chargée de :

- suivre le respect des engagements des parties ;
- évaluer la mise en œuvre de la convention ;
- identifier les difficultés de la mise en œuvre de la convention et proposer le cas échéant des solutions.

Article 21 : Composition de la Commission permanente de concertation

La commission permanente de concertation est composée de :

Président : un (1) représentant de l'organisme de gestion.

Vice-Président : un (1) représentant de (Officine pharmaceutique).

Membres :

- deux (2) représentants de l'organisme de gestion;
- deux (2) représentants de(officine pharmaceutique).

Article 22 : Désignation des membres de la Commission permanente de concertation

Les membres de la Commission permanente de concertation sont désignés selon les règles propres à chaque organisation.

Article 23 : Fonctionnement de la Commission permanente de concertation

La Commission se réunit au moins une fois l'an et chaque fois que de besoin à la demande de l'une ou l'autre des parties.

Les réunions de la Commission permanente de concertation sont convoquées par le président.

La Commission permanente de concertation prend ses décisions valablement si au moins deux (02) représentants de chacune des parties sont présents.

En cas d'absence de quorum, un rapport de constat de carence est rédigé par le secrétariat de la Commission.

En cas de carence, la réunion est ajournée et l'ordre du jour est examiné à la toute prochaine réunion dans un délai qui ne saurait excéder trente (30) jours.

Si la carence persiste, les parties peuvent exercer les voies de recours conformément aux textes en vigueur.

Le secrétariat des réunions de la commission permanente de concertation est assuré par l'organisme de gestion.

Article 24 : Modalités de prise de décisions de la Commission permanente de concertation

Les décisions de la commission permanente de concertation sont prises par consensus et consignées dans un procès-verbal.

Le point de désaccord est réglé conformément aux textes en vigueur.

TITRE V : RUPTURE DE LA PRESENTE CONVENTION ET REGLEMENT DES LITIGES

Article 25 : Rupture

La présente convention peut être rompue dans les conditions suivantes :

- par accord écrit des parties signataires. Dans ce cas, la partie la plus diligente saisit l'autre par un écrit pour l'inviter à discuter sur la cause ;
- le non-respect de tout ou partie des obligations contractuelles par l'une des parties. La partie qui estime que l'autre partie n'a pas exécuté toute ou partie de ses obligations, doit au préalable saisir la commission permanente de concertation. Si au bout d'un mois pour compter de la notification du procès-verbal de la commission de concertation confirmant le manquement des obligations, ou de la constatation de l'impossibilité de tenir une session de la commission, les faits incriminés se poursuivent, la partie victime de cette situation peut demander la fin de la convention ;
- en cas de force majeure.

Article 26 : Règlement des litiges

Tout litige né de l'exécution de la présente convention sera réglé à l'amiable dans un délai de trois (03) mois. Faute de règlement amiable dans le délai de trois mois à compter de la naissance du litige ou en cas d'échec du règlement à l'amiable, le litige sera porté devant les juridictions compétentes du Burkina Faso.

Fait en deux (2) exemplaires

A Ouagadougou le,

Pourofficine pharmaceutique

Pour la..... (Organisme de
gestion)

(Signature précédée de la mention

Lu et approuvé)

(Signature précédée de la mention

Lu et approuvé)

ANNEXES : (énumérer les différentes annexes)

LOGO DES PARTIES
CONTRACTANTES

**MODELE TYPE DE CONVENTION NATIONALE ENTRE LA (ORGANISME
DE GESTION) ET (ORGANISATION PROFESSIONNELLE DE
LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE)**

Entre

la, sis à, Rue.....,
représentée par son Directeur Général, M.....,

Ci-après dénommée « Organisme de gestion »

d'une part,

ET

la,

Siège.....sis à.....
Rue....., Téléphone.....
Email.....

représentée par son....., M.....,

Ci-après dénommée « »

D'AUTRE PART,

PRÉAMBULE

LES PARTIES SIGNATAIRES

Conscientes de la nécessité pour l'Etat d'opérationnaliser le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) institué par la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 en vue de lever les barrières financières d'accès des populations aux soins de santé ;

Considérant la responsabilité générale de l'Etat de garantir la disponibilité d'un panier de soins de qualité et la pérennité du régime d'assurance maladie universelle dans le but d'assurer l'accès effectif et équitable de chaque assuré aux prestations de soins de santé ;

Considérant le rôle et l'importance des établissements publics et privés de santé en tant que prestataires de soins dans la mise en œuvre effective de l'assurance maladie universelle ;

Convaincues que les conventions sont des outils indispensables à une relation saine et responsable en vue de permettre aux assurés de bénéficier de prestations de qualité ;

Déterminées à assurer aux praticiens de soins de santé des conditions d'exercices de leur profession de sorte à leur garantir une bonne relation avec leurs patients, bénéficiaires du RAMU ;

Conviennent des termes de la présente convention dont la teneur suit :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention régit les relations entre (Organisme de gestion) et..... (Organisation professionnelle de laboratoires de biologie médicale) conformément à la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

Article 2 : Champ d'application

La présente convention s'applique sur l'ensemble du territoire national.

Elle s'applique à :

- l'ensemble des laboratoires membres de (Organisation professionnelle des laboratoires) ;
-(l'organisme de gestion signataire de la présente convention) ;
- les prestations du panier de soins en fonction du domaine d'intervention des laboratoires membres de (Organisation professionnelle des laboratoires) ;
- l'ensemble des bénéficiaires du RAMU.

CHAPITRE II : DEFINITIONS ET PRINCIPES GENERAUX

Article 3 : Définitions

Il est admis pour les parties contractantes que les termes suivants sont compris sans équivoque et de la manière suivante :

- accord préalable : procédure qui conditionne la prise en charge par la (Organisme de gestion) de certains actes et produits de santé par l'obtention de son accord préalablement à leur dispensation ;
- assurance maladie universelle : dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie ou de maternité ;
- assuré Social : toute personne affiliée et ayant fait l'objet d'immatriculation à la (Organisme de gestion) ;
- bénéficiaire : Toute personne qui remplit les conditions de bénéfice des prestations de soins de santé au titre du régime d'assurance maladie universelle ;

- dispositif médical : ensemble de matériels médico-techniques indispensables à la prise en charge médicale d'un malade ;
- facture : support normalisé électronique et/ou papier, servant au règlement des frais relatifs aux prestations de soins ;
- indigent : est considérée comme indigente, conformément à la réglementation en vigueur, la personne qui remplit cumulativement les critères suivants :
 - ✓ être dans une situation d'absence ou d'insuffisance de revenu ;
 - ✓ être dans une situation d'absence ou d'insuffisance d'aide.
- laboratoire de biologie médicale : structure ou établissement chargé d'effectuer des analyses de biologie, d'exploration fonctionnelle et/ou médicales ;
- organisme de gestion déléguée : toute structure publique ou privée qui, par une convention de délégation avec les organismes de gestion de l'assurance maladie, est chargée de gérer une ou plusieurs fonctions techniques desdits organismes de gestion ;
- panier de soins : ensemble des actes, biens et services médicaux pris en charge par le régime d'assurance maladie universelle.
- compérage : le concert entre deux ou plusieurs personnes en vue de faire obtenir au moins à l'une d'elle un profit, un avantage ou un privilège indu au détriment du malade ou du tiers à l'occasion d'actes professionnels.
- force majeure : un événement imprévisible, irrésistible et insurmontable empêchant l'une ou l'autre des parties à la convention, d'exécuter ses obligations.

Article 4 : Les principes généraux

Les parties signataires s'engagent à se conformer aux principes ci-après :

- garantir à tous les bénéficiaires du RAMU l'accès à une biologie médicale de qualité ;
- mettre en application le principe de rationalité dans la réalisation des analyses médicales, et dans l'utilisation des protocoles existant et adoptés par textes normatifs ou ayant fait l'objet d'un consensus national ;
- garantir la confidentialité des informations relatives à l'état de santé du bénéficiaire du RAMU et au fonctionnement des structures obtenues dans le cadre de la mise en œuvre de la présente convention.

Article 5 : Libre choix

Les bénéficiaires du RAMU ont le libre choix du laboratoire de biologie médicale affilié au (Organisation professionnelle de laboratoires de biologie médicale)

La (Organisme de gestion) et (Organisation professionnelle de laboratoires de biologie médicale) s'engagent au respect de ce principe.

TITRE II : OBLIGATIONS DES PARTIES

CHAPITRE 1 : OBLIGATIONS DE (ORGANISATION PROFESSIONNELLE DE LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE)

Article 6 : Enregistrement et identification des patients

Tout laboratoire de biologie médicale affilié au ... (Organisation professionnelle de laboratoires de biologie médicale) est chargé, dès l'accueil, de vérifier l'identité du patient et de s'assurer de sa qualité de bénéficiaire du RAMU. A ce titre, ils doivent exiger la présentation d'une carte d'assuré valide à tout patient réclamant des prestations dans le cadre du RAMU.

Les enfants âgés de moins de trois (3) mois sont pris en charge sur présentation de l'attestation provisoire délivrée par l'organisme de gestion.

Tout laboratoire de biologie médicale affilié au (Organisation professionnelle de laboratoires de biologie médicale) est tenu d'utiliser et/ou de renseigner tous les outils demandés ou mis à la disposition par la (Organisme de gestion) et de lui fournir toutes informations nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires du RAMU.

Article 7 : réalisation des examens de biologie médicale

Tout laboratoire de biologie médicale affilié au ... (Organisation professionnelle de laboratoires de biologie médicale) est tenu de mener les investigations ou explorations conformément aux prescriptions. Tout laboratoire de biologie médicale affilié au (Organisation professionnelle de laboratoires de biologie médicale) est tenu de fournir au bénéficiaire du RAMU toutes informations nécessaires à sa prise en charge dans la structure concernée.

Il s'engage également à assurer la qualité des dispositifs, réactifs et appareils intervenant dans la réalisation desdits examens.

Article 8 : Conditions de fourniture des prestations

Tout laboratoire de biologie médicale affilié à (Organisation professionnelle de laboratoires de biologie médicale) est tenu d'effectuer les prélèvements et les analyses dans le respect des normes.

.....(Il) s'engage à produire des comptes rendus d'examens conformes à la réglementation en vigueur.

Article 9 : Interdiction de compérage

Tout compérage entre les prestataires de biologie médicale est interdit.

Article 10 : Renseignement des outils de prise en charge

Tout laboratoire de biologie médicale affilié au (Organisation professionnelle de laboratoires de biologie médicale) renseigne correctement et lisiblement les outils de prise en charge des bénéficiaires mis à leur disposition par la (Organisme de gestion).

Article 11 : Conditions de facturation des prestations réalisées

Tout laboratoire de biologie médicale affilié au ... (Organisation professionnelle de laboratoires de biologie médicale) s'engage à appliquer la tarification des actes annexée à la présente convention.

La facturation des prestations à la (Organisme de gestion) se fait par mois. Les dossiers de facturation sont transmis à la (Organisme de gestion) dans les sept jours du mois suivant.

Article 12 : Soumission aux contrôles

..... (Organisation professionnelle de laboratoires de biologie médicale) s'engage à se soumettre aux différents contrôles dans le cadre du RAMU conformément aux textes en vigueur.

CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DE LA (ORGANISME DE GESTION)

Article 13 : Sécurité des documents d'identification des assurés

La (Organisme de gestion) s'engage par la présente convention à garantir la sécurité de la carte d'assuré, seul document d'identification de la qualité de bénéficiaire du RAMU.

Article 14 : Documents et imprimés de prise en charge

La (Organisme de gestion) est tenue de fournir à tout laboratoire de biologie médicale affilié au (Organisation professionnelle de laboratoires de biologie médicale) tout document ou imprimé nécessaire à la prise en charge des bénéficiaires du RAMU ou au paiement des factures.

Article 15 : Paiement des factures

La (Organisme de gestion) est tenue de payer les factures vérifiées conformes émises par tout laboratoire de biologie médicale affilié au (Organisation professionnelle de laboratoires de biologie médicale) dans un délai de trente (30) jours suivant leur réception.

Article 16 : Information et sensibilisation

La (Organisme de gestion) s'engage à informer tous ses assurés de la liste des laboratoires conventionnés ainsi que des procédures de prise en charge.

La (Organisme de gestion) se donne également l'obligation de sensibiliser ses assurés sur leurs droits et devoirs dans le cadre du RAMU.

TITRE III : DUREE, ENTREE EN VIGUEUR, RENOUVELLEMENT ET REVISION

CHAPITRE 1 : DUREE ET ENTREE EN VIGUEUR

Article 17 : Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de trois (03) ans.

Article 18 : Entrée en vigueur

La présente convention entre en vigueur un (01) mois après sa signature.

CHAPITRE 2 : REVISION ET RENOUVELLEMENT

Article 19 : Révision

La présente convention peut faire l'objet de révision par avenant d'un commun accord des parties signataires.

Article 20 : Renouvellement

La présente convention est renouvelable par écrit après une évaluation concluante par les parties signataires.

TITRE IV : COMMISSION PERMANENTE DE CONCERTATION

Article 21 : Attributions de la Commission permanente de concertation

Il est institué une commission permanente de concertation chargée du suivi de l'exécution de la présente convention.

La Commission est notamment chargée de :

- suivre le respect des engagements des parties ;
- évaluer la mise en œuvre de la convention ;
- identifier les difficultés de la mise en œuvre de la convention et proposer le cas échéant des solutions.

Article 22 : Composition de la Commission permanente de concertation

La commission permanente de concertation est composée de :

Président : un (1) représentant de l'organisme de gestion.

Vice-Président : un (1) représentant de l'organisation professionnelle des laboratoires.

Membres :

- trois (3) représentants de l'organisme de gestion;
- trois (3) représentants de l'organisation professionnelle des laboratoires.

Article 23 : Désignation des membres de la Commission permanente de concertation

Les membres de la Commission permanente de concertation sont désignés selon les règles propres à chaque organisation.

Article 24 : Fonctionnement de la Commission permanente de concertation

La Commission se réunit une fois l'an et chaque fois que de besoin à la demande de l'une ou l'autre des parties.

Les réunions de la Commission permanente de concertation sont convoquées par le président.

La Commission permanente de concertation prend ses décisions valablement si au moins trois (03) représentants de chacune des parties sont présents.

En cas d'absence de quorum, un rapport de constat de carence est rédigé par le secrétariat de la Commission.

En cas de carence, la réunion est ajournée et l'ordre du jour est examiné à la toute prochaine réunion dans un délai qui ne saurait excéder trente (30) jours.

Si la carence persiste, les parties peuvent exercer les voies de recours conformément aux textes en vigueur.

Le secrétariat des réunions de la commission permanente de concertation est assuré par l'organisme de gestion.

Article 25 : Modalités de prise de décisions de la Commission permanente de concertation

Les décisions de la commission permanente de concertation sont prises par consensus et consignées dans un procès-verbal.

Les travaux de la commission sont consignés dans un procès-verbal.

Le point de désaccord est réglé conformément aux textes en vigueur.

TITRE V : RUPTURE DE LA PRESENTE CONVENTION ET REGLEMENT DES LITIGES

Article 26 : Rupture

La présente convention peut être rompue dans les conditions suivantes :

- par accord écrit des parties signataires. Dans ce cas, la partie la plus diligente saisit l'autre par un écrit pour l'inviter à discuter sur la cause ;
- le non-respect de tout ou partie des obligations contractuelles par l'une des parties. La partie qui estime que l'autre partie n'a pas exécuté toute ou partie de ses obligations,

doit au préalable saisir la commission permanente de concertation. Si au bout d'un mois pour compter de la notification du procès-verbal de la commission de concertation confirmant le manquement des obligations, ou de la constatation de l'impossibilité de tenir une session de la commission, les faits incriminés se poursuivent, la partie victime de cette situation peut demander la fin de la convention ;

- en cas de force majeure.

Article 27 : Règlement des litiges

Tout litige né de l'exécution de la présente convention sera réglé à l'amiable dans un délai de trois (03) mois. Faute de règlement amiable dans le délai de trois mois à compter de la naissance du litige ou en cas d'échec du règlement à l'amiable, le litige sera porté devant les juridictions compétentes du Burkina Faso.

Fait en deux (2) exemplaires

A Ouagadougou le,

Pour (Organisation professionnelle de laboratoires de biologie médicale)

Pour la (Organisme de gestion du RAMU)

(Signature précédée de la mention

Lu et approuvé)

(Signature précédée de la mention

Lu et approuvé)

ANNEXES : (énumérer les différentes annexes)

LOGO DES PARTIES
CONTRACTANTES

**MODELE TYPE DE CONVENTION NATIONALE ENTRE (ORGANISME DE
GESTION) ET (L'ORGANISATION PROFESSIONNELLE DES OFFICINES
PHARMACEUTIQUES)**

Entre

la, sis à, Rue.....,
représentée par son Directeur Général, M.....,

Ci-après dénommée « Organisme de gestion »

d'une part,

ET

Ci-après dénommée « Organisation professionnelle des officines pharmaceutiques »

D'AUTRE PART,

la
Siège sis à
....., Rue.....
Téléphone.....
Email....., Site web.....
représentée par son Directeur Général, M.....

Ci-après dénommée « (Organisme de gestion) »

PRÉAMBULE

LES PARTIES SIGNATAIRES

Conscientes de la nécessité pour l'Etat d'opérationnaliser le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) institué par la loi n°060-2015 du 5 septembre 2015 en vue de lever les barrières financières d'accès des populations aux soins de santé ;

Considérant la responsabilité générale de l'Etat de garantir la disponibilité d'un panier de soins de qualité et la pérennité du régime dans le but d'assurer l'accès effectif et équitable de chaque assuré aux prestations de soins de santé ;

Considérant le rôle et l'importance des établissements publics et privés de santé en tant que prestataires de soins de santé dans la mise en œuvre effective de l'assurance maladie universelle ;

Convaincues que les conventions sont des outils indispensables à une relation saine et responsables en vue de permettre aux assurés de bénéficier de prestations de soins de santé de qualité ;

Déterminées à assurer aux praticiens de soins de santé des conditions d'exercice de leur profession de sorte à leur garantir une bonne relation avec leurs patients bénéficiaires du RAMU ;

Conviennt des termes de la présente convention dont la teneur suit :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de régir les relations entre (Organisme de gestion) et les officines pharmaceutiques membres de (Organisation professionnelle des officines pharmaceutiques) sur l'ensemble du territoire national conformément à la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

Article 2 : Champ d'application

La présente convention revêt un caractère national.

Elle s'applique à :

- l'ensemble des officines membres de (Organisation professionnelle des officines) ;
- (l'organisme de gestion signataire de la présente convention) ;
- les prestations du panier de soins en fonction du domaine d'intervention pharmaceutique ;
- l'ensemble des bénéficiaires du RAMU.

CHAPITRE II : DEFINITIONS ET PRINCIPES GENERAUX

Article 3 : DEFINITIONS

Il est admis pour les parties contractantes que les termes suivants sont compris sans équivoque et de la manière suivante :

- accord préalable : procédure qui conditionne la prise en charge par la (Organisme de gestion) de certains actes et produits de santé par l'obtention de son accord préalablement à leur dispensation ;
- assurance maladie universelle : dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie ou de maternité ;
- assuré social : toute personne affiliée et ayant fait l'objet d'immatriculation à la (Organisme de gestion) ;
- bénéficiaire : toute personne qui remplit les conditions de bénéfice des prestations de soins de santé au titre du régime d'assurance maladie universelle ;

- dispositif médical : ensemble de matériels médico-techniques indispensables à la prise en charge médicale d'un malade ;
- organisme de gestion déléguée : toute structure publique ou privée qui par une convention de délégation avec les organismes de gestion de l'assurance maladie, est chargée de gérer une ou plusieurs fonctions techniques desdits organismes de gestion ;
- panier de soins : ensemble des actes, biens et services médicaux pris en charge par le régime d'assurance maladie universelle ;
- formulaire de demande d'accord préalable (DAP) : imprimé destiné au contrôle médical que le praticien doit remplir pour obtenir l'autorisation de l'organisme de gestion pour certains actes, médicaments ou appareillages ;
- facture : support normalisé électronique et/ou papier, servant au règlement des frais relatifs aux prestations de soins ;
- indigent : est considérée comme indigente, conformément à la réglementation en vigueur, la personne qui remplit cumulativement les critères suivants :
 - ✓ être dans une situation d'absence ou d'insuffisance de revenu ;
 - ✓ être dans une situation d'absence ou d'insuffisance d'aide.
- produits pharmaceutiques : médicaments, consommables, dispositifs médicaux ou autres produits vendus en pharmacie entrant dans la prise en charge médicale des bénéficiaires du RAMU.
- force majeure : un événement imprévisible, irrésistible et insurmontable empêchant l'une ou l'autre des parties à la convention, d'exécuter ses obligations.

Article 4 : Les principes généraux

Les parties signataires s'engagent à se conformer aux principes ci-après :

- garantir à tous les bénéficiaires du RAMU l'accès aux produits pharmaceutiques pour leur meilleure prise en charge médicale;
- mettre en application le principe de rationalité par la priorité donnée aux médicaments essentiels génériques;

- garantir la confidentialité des informations relatives à l'état de santé et au fonctionnement des structures obtenues dans le cadre de la mise en œuvre de la présente convention.

Article 5 : Libre choix

Les bénéficiaires du RAMU ont le libre choix de l'officine pharmaceutique.

La (Organisme de gestion) et les officines pharmaceutiques membres de..... (Organisation professionnelle des officines pharmaceutiques) s'engagent au respect de ce principe.

TITRE II : OBLIGATIONS DES PARTIES

CHAPITRE 1 : OBLIGATIONS DE (ORGANISATION PROFESSIONNELLE DES OFFICINES PHARMACEUTIQUES)

Article 6 : Enregistrement et identification des bénéficiaires

Les officines pharmaceutiques membres de..... (Organisation professionnelle des officines pharmaceutiques) sont chargées, dès l'accueil, de vérifier l'identité du bénéficiaire et de s'assurer de sa qualité de bénéficiaire du RAMU. A ce titre, elles doivent exiger la présentation des documents suivants :

- une carte d'assuré valide à tout patient réclamant des prestations dans le cadre du RAMU;
- une ordonnance délivrée par un prescripteur autorisé;
- un bon de produits de santé délivré par le prescripteur.

Les enfants âgés de moins de trois (3) mois sont pris en charge sur présentation de l'attestation provisoire délivrée par l'organisme de gestion.

Les officines pharmaceutiques membres de..... (Organisation professionnelle des officines pharmaceutiques) sont tenues d'utiliser ou de renseigner tous les outils demandés ou mis à la disposition par la (Organisme de gestion) et de lui fournir toutes informations nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires du RAMU.

Article 7 : Fourniture des produits pharmaceutiques

Les officines pharmaceutiques membres de..... (Organisation professionnelle des officines pharmaceutiques) fournissent au bénéficiaire, des produits pharmaceutiques conformément à la prescription et au bon de produits de santé sous réserve du respect de la législation en matière de substitution. Tout bon de produits pharmaceutiques n'est valable que pendant sept jours à compter de la date de prescription. Il ne peut être honoré par le pharmacien au-delà de ce délai.

Après délivrance des produits pharmaceutiques, les officines pharmaceutiques membres de..... (Organisation professionnelle des officines pharmaceutiques) gardent deux copies du bon et remet les autres au bénéficiaire du RAMU.

Article 8 : Conditions de fourniture de produits pharmaceutiques

Lorsqu'un produit pharmaceutique est présenté sous plusieurs conditionnements quant à la quantité et au nombre d'unité thérapeutique, le pharmacien est tenu de délivrer au bénéficiaire le conditionnement le plus approprié à la posologie et à la durée du traitement prescrit.

Article 9 : Renseignement des outils de prise en charge

Les officines pharmaceutiques membres de..... (Organisation professionnelle des officines pharmaceutiques) renseignent correctement et lisiblement les outils de prise en charge des bénéficiaires mis à leurs disposition par la (Organisme de gestion),

Article 10 : Conditions de facturation des prestations réalisées

Les officines pharmaceutiques membres de..... (Organisation professionnelle des officines pharmaceutiques) s'engagent à appliquer les prix de vente publics pratiqués dans chaque officine pharmaceutique.

La facturation des prestations à la (Organisme de gestion) se fait mensuellement. Les dossiers de facturation sont transmis à la (Organisme de gestion) dans les sept (07) jours du mois suivant.

Article 11 : Soumission aux contrôles

..... (Organisation professionnelle des officines pharmaceutiques) s'engage à se soumettre aux différents contrôles dans le cadre du RAMU conformément aux textes en vigueur.

CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DE LA (ORGANISME DE GESTION)

Article 12 : Sécurité des documents d'identification des assurés

La (Organisme de gestion) s'engage par la présente convention à garantir la sécurité de la carte d'assuré, seul document d'identification de la qualité de bénéficiaire du RAMU.

Article 13 : Documents et imprimés de prise en charge

La (Organisme de gestion) est tenue de fournir aux officines pharmaceutiques membres de..... (Organisation professionnelle des officines pharmaceutiques) tous documents et imprimés nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires ou au paiement des factures.

Article 14 : Délai de paiement des factures

La (Organisme de gestion) est tenue de payer les factures vérifiées conformes émises par les officines pharmaceutiques membres de..... (Organisation professionnelle des officines pharmaceutiques) dans un délai de trente (30) jours suivant leur réception.

Article 15 : Information et sensibilisation

La (Organisme de gestion) s'engage à informer tous ses assurés de la liste des officines pharmaceutiques conventionnées ainsi que des procédures de prise en charge.

La (Organisme de gestion) se donne également l'obligation de sensibiliser ses assurés sur leurs droits et devoirs dans le cadre du RAMU.

TITRE III : DUREE, ENTREE EN VIGUEUR, RENOUVELLEMENT ET REVISION

CHAPITRE 1 : DUREE ET ENTREE EN VIGUEUR

Article 16 : Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de trois (03) ans.

Article 17 : Entrée en vigueur

La présente convention entre en vigueur un (01) mois après sa signature.

CHAPITRE 2 : REVISION ET RENOUVELLEMENT

Article 18 : Révision

La présente convention peut faire l'objet de révision par avenant d'un commun accord des parties signataires.

Article 19 : Renouvellement

La présente convention est renouvelable par écrit après une évaluation concluante par les parties signataires.

TITRE IV : COMMISSION PERMANENTE DE CONCERTATION

Article 20 : Attributions de la Commission permanente de concertation

Il est institué une commission permanente de concertation chargée du suivi de l'exécution de la présente convention.

La Commission est notamment chargée de :

- suivre le respect des engagements des parties ;
- évaluer la mise en œuvre de la convention ;
- identifier les difficultés de la mise en œuvre de la convention et proposer le cas échéant des solutions.

Article 21 : Composition de la Commission permanente de concertation

La commission permanente de concertation est composée de :

Président : un (1) représentant de l'organisme de gestion.

Vice-Président : un (1) représentant de (l'organisation professionnelle des officines).

Membres :

- trois (3) représentants de l'organisme de gestion;
- trois (3) représentants de (Organisation professionnelle).

Article 22 : Désignation des membres de la Commission permanente de concertation

Les membres de la Commission permanente de concertation sont désignés selon les règles propres à chaque organisation.

Article 23 : Fonctionnement de la Commission permanente de concertation

La Commission se réunit au moins une fois l'an et chaque fois que de besoin à la demande de l'une ou l'autre des parties.

Les réunions de la Commission permanente de concertation sont convoquées par le président.

La Commission permanente de concertation prend ses décisions valablement si au moins trois (03) représentants de chacune des parties sont présents.

En cas d'absence de quorum, un rapport de constat de carence est rédigé par le secrétariat de la Commission.

En cas de carence, la réunion est ajournée et l'ordre du jour est examiné à la toute prochaine réunion dans un délai qui ne saurait excéder trente (30) jours.

Si la carence persiste, les parties peuvent exercer les voies de recours conformément aux textes en vigueur.

Le secrétariat des réunions de la commission permanente de concertation est assuré par l'organisme de gestion.

Article 24 : Modalités de prise de décisions de la Commission permanente de concertation

Les décisions de la commission permanente de concertation sont prises par consensus.

Les travaux de la commission sont consignés dans un procès-verbal.

Le point de désaccord est réglé conformément aux textes en vigueur.

TITRE IV : RUPTURE DE LA PRESENTE CONVENTION ET REGLEMENT DES LITIGES

Article 25 : Rupture

La présente convention peut être rompue dans les conditions suivantes :

- par accord écrit des parties signataires. Dans ce cas, la partie la plus diligente saisit l'autre par un écrit pour l'inviter à discuter sur la cause ;
- le non-respect de tout ou partie des obligations contractuelles par l'une des parties. La partie qui estime que l'autre partie n'a pas exécuté toute ou partie de ses obligations, doit au préalable saisir la commission permanente de concertation. Si au bout d'un mois pour compter de la notification du procès-verbal de la commission de concertation

confirmant le manquement des obligations, ou de la constatation de l'impossibilité de tenir une session de la commission, les faits incriminés se poursuivent, la partie victime de cette situation peut demander la fin de la convention ;

- en cas de force majeure.

Article 26 : Règlement des litiges

Tout litige né de l'exécution de la présente convention sera réglé à l'amiable dans un délai de trois (03) mois. Faute de règlement amiable dans le délai de trois mois à compter de la naissance du litige ou en cas d'échec du règlement à l'amiable, le litige est porté devant les juridictions compétentes du Burkina Faso.

Fait en deux (2) exemplaires

A Ouagadougou le,

Pour (Organisation professionnelle des officines pharmaceutiques)	Pour la (Organisme de gestion du RAMU)
(Signature précédée de la mention Lu et approuvé)	(Signature précédée de la mention Lu et approuvé)

ANNEXES : (énumérer les différentes annexes)

LOGO DES PARTIES
CONTRACTANTES

**PROJET DE MODELE TYPE DE CONVENTION INDIVIDUELLE ENTRE LA
..... (ORGANISME DE GESTION) ET
(L'ETABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE)**

Entre

La, sis à, Rue.....,
représentée par son Directeur Général, M.....,

Ci-après dénommée « ORGANISME DE GESTION »

D'une part,

ET

..... (LE PRESTATAIRE PRIVE DE SOINS DE SANTE) Siège
.....sis à, Rue....., représentée par son
Directeur Général/Gérant, M.....,

Ci-après dénommée « »

D'autre part,

PRÉAMBULE

LES PARTIES SIGNATAIRES

Conscientes de la nécessité pour l'Etat d'opérationnaliser le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) institué par la loi n°060-2015 du 5 septembre 2015 en vue de lever les barrières financières d'accès des populations aux soins de santé ;

Considérant la responsabilité générale de l'Etat de garantir la disponibilité d'un panier de soins de qualité et la pérennité du régime d'assurance maladie universelle dans le but d'assurer l'accès effectif et équitable de chaque assuré aux prestations de soins de santé ;

Considérant le rôle et l'importance des établissements publics et privés de santé en tant que prestataires de soins dans la mise en œuvre effective de l'assurance maladie universelle ;

Convaincues que les conventions sont des outils indispensables à une relation saine et responsable en vue de permettre aux assurés de bénéficier de prestations de qualité ;

Déterminées à assurer aux praticiens de soins de santé des conditions d'exercices de leur profession de sorte à leur garantir une bonne relation avec leurs patients bénéficiaires du RAMU ;

Conviennent des termes de la présente convention dont la teneur suit :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention régit les relations entre (ORGANISME DE GESTION) et (L'ETABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE) conformément à la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

Article 2 : Champ d'application

La présente convention s'applique à :

- (établissement sanitaire privé de soins) ;
- (l'organisme de gestion signataire de la présente convention) ;
- les prestations du panier de soins en fonction du domaine d'intervention dedes établissements sanitaires privés membres de (établissement sanitaire privé de soins) ;
- l'ensemble des bénéficiaires du RAMU.

CHAPITRE II : DEFINITIONS ET PRINCIPES GENERAUX

Article 3 : DEFINITIONS

Il est admis pour les parties contractantes que les termes suivants sont compris sans équivoque et de la manière suivante :

- accord préalable : procédure qui conditionne la prise en charge par la (ORGANISME DE GESTION) de certains actes et produits de santé par l'obtention de son accord préalablement à leur dispensation ;
- assurance maladie universelle : le dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie ou de maternité ;
- assuré social : toute personne affiliée et ayant fait l'objet d'immatriculation à la (ORGANISME DE GESTION) ;
- bénéficiaire : toute personne qui remplit les conditions de bénéfice des prestations de soins de santé au titre du régime d'assurance maladie universelle ;
- dispositif médical : l'ensemble de matériels médico-techniques indispensables à la prise en charge médicale d'un malade ;

- indigent : est considérée comme indigente, conformément à la réglementation en vigueur, la personne qui remplit cumulativement les critères suivants :
 - ✓ être dans une situation d'absence ou d'insuffisance de revenu ;
 - ✓ être dans une situation d'absence ou d'insuffisance d'aide.
- nouveau-né : les enfants nés vivants et qui ne remplissent pas les conditions pour disposer d'une carte d'assuré.
- organisme de gestion déléguée : toute structure publique ou privée qui par une convention de délégation avec les organismes de gestion de l'assurance maladie, est chargée de gérer une ou plusieurs fonctions techniques desdits organismes de gestion ;
- panier de soins : l'ensemble des actes, biens et services médicaux pris en charge par le régime d'assurance maladie universelle ;
- facture : support normalisé électronique et/ou papier, servant au règlement des frais relatifs aux prestations de soins ;
- filière de soins : elle représente les différentes modalités de recours aux soins et la trajectoire de soins empruntée par le patient pour la prise en charge d'une pathologie donnée, impliquant une organisation cohérente et graduée des soins autour de multiples acteurs et établissements de santé publics et privés ;
- formulaire de demande d'accord préalable (DAP) : imprimé destiné au contrôle médical que le praticien doit remplir pour obtenir l'autorisation de l'organisme de gestion pour certains actes, médicaments ou appareillages ;
- force majeure : un événement imprévisible, irrésistible et insurmontable empêchant l'une ou l'autre des parties à la convention, d'exécuter ses obligations.

Article 4 : Principes généraux

Les parties signataires s'engagent à se conformer aux principes ci-après :

- garantir à tous les bénéficiaires l'accès aux soins tout en améliorant progressivement le plateau technique pour leur meilleure prise en charge ;
- mettre en application le principe de rationalité par l'application des références médicales nationales ou protocoles de soins adoptés par textes normatifs ou ayant fait l'objet d'un consensus national et de tous les outils instaurés dans le cadre du RAMU ;
- garantir la confidentialité des informations relatives à l'état de santé et au fonctionnement des structures obtenues dans le cadre de la mise en œuvre de la présente convention.

Article 5 : Filière de soins

Le respect de la filière de soins définie par le Ministère de la santé est obligatoire pour tout bénéficiaire.

Article 6 : Libre choix

Les bénéficiaires du RAMU ont le libre choix de la structure de soins.

La (ORGANISME DE GESTION) et (L'ETABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE) s'engagent au respect de ce principe.

TITRE II : OBLIGATIONS DES PARTIES

CHAPITRE 1 : OBLIGATIONS DE (LE PRESTATAIRE PRIVE DE SOINS DE SANTE)

Article 7 : Enregistrement et identification des patients

..... (L'ETABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE) est chargé, dès l'accueil, de vérifier l'identité du patient et de s'assurer de sa qualité de bénéficiaire du RAMU. A ce titre, il doit exiger la présentation d'une carte d'assuré valide à tout patient réclamant des prestations dans le cadre du RAMU. Les enfants âgés de moins de trois (3) mois sont pris en charge sur présentation de l'attestation provisoire délivrée par l'organisme de gestion.

..... (L'ETABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE) est tenu d'utiliser ou de renseigner tous les outils demandés ou mis à la disposition par la (ORGANISME DE GESTION) et de lui fournir toutes informations nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires du RAMU.

Article 8 : Disponibilité du panier de soins

..... (L'ETABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE) s'engage par la présente convention à rendre disponible le panier de soins. Il s'engage également à assurer la qualité des prestations fournies aux bénéficiaires et celle du plateau technique.

Article 9 : Accord préalable

La prise en charge médicale de certaines prestations doit faire l'objet d'un accord préalable de la (ORGANISME DE GESTION). La liste de ces prestations est établie par la (ORGANISME DE GESTION) et transmise au prestataire de soins.

Le formulaire de demande d'accord préalable renseignée et signée par
(L'ÉTABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE) est directement adressée à la
(ORGANISME DE GESTION).

Article 10 : Référence du bénéficiaire

Dans le cadre de la continuité des soins, (L'ÉTABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE) réfère, en cas de besoins, les bénéficiaires vers d'autres structures de soins. Toutefois, le bénéficiaire du RAMU ne sera pris en charge par la (l'organisme de gestion) que si la structure d'accueil est conventionnée.

Article 11 : Dispensation des prestations des soins de santé

La présente convention porte sur la totalité des prestations de soins de santé dispensées en ambulatoire ou en hospitalisation conformément à la législation en vigueur.

Conformément à la législation en vigueur, [aux différents codes de déontologie professionnelle et à la nomenclature générale des actes des professionnels de santé], (L'ÉTABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE) fournit aux bénéficiaires du RAMU des soins appropriés conformes aux données actuelles de la science, tout en observant une rationalité compatible avec la qualité, l'efficacité des soins et la sécurité des patients. Il prescrit en priorité les médicaments essentiels génériques.

Toutefois, (L'ÉTABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE) conserve la liberté de prescription de médicaments de spécialité figurant sur une liste dressée par la CNAMU en collaboration avec les autres prestataires de soins de santé.

Article 12 : Renseignement des outils de prise en charge

..... (L'ÉTABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE) renseigne correctement et lisiblement les outils de prise en charge des bénéficiaires mis à leur disposition par la (organisme de gestion).

Article 13 : Dossiers patients

Dans le cadre du suivi des patients et de la continuité des soins, (L'ÉTABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE) constitue obligatoirement des dossiers patients et les conserve physiquement et/ou de manière dématérialisée conformément à la réglementation en vigueur.

Article 14 : Conditions de facturation des prestations réalisées

..... (L'ÉTABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE) s'engage à appliquer la tarification des actes des professionnels de santé et des hospitalisations en vigueur, annexée à la présente convention.

La facturation des prestations de soins à la (organisme de gestion) se fait par mois au cours duquel les prestations ont été rendues. Les dossiers de facturation sont transmis à la (ORGANISME DE GESTION) dans les sept jours du mois suivant.

Article 15 : Soumission aux contrôles

..... (L'ÉTABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE) s'engage à se soumettre aux différents contrôles dans le cadre du RAMU conformément aux textes en vigueur.

CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DE LA (ORGANISME DE GESTION)

Article 16 : Sécurité des documents d'identification des assurés

La (ORGANISME DE GESTION) s'engage par la présente convention à garantir la sécurité de la carte d'assuré, seul document d'identification de la qualité de bénéficiaire du RAMU.

Article 17 : Documents et imprimés de prise en charge

La (ORGANISME DE GESTION) est tenue de fournir au prestataire privé de soins de santé tout document ou imprimé nécessaire à la prise en charge des bénéficiaires du RAMU ou au paiement des factures.

Article 18 : Paiement des factures

La (ORGANISME DE GESTION) est tenue de payer les factures vérifiées conformes émises par (L'ÉTABLISSEMENT PRIVE DE SOINS DE SANTE) dans un délai de trente (30) jours suivant leur réception.

Article 19 : Information et sensibilisation

La (ORGANISME DE GESTION) s'engage à informer tous ses assurés de la liste des prestataires de soins conventionnés ainsi que des procédures de prise en charge.

La (ORGANISME DE GESTION) se donne également l'obligation de sensibiliser ses assurés sur leurs droits et devoirs dans le cadre du RAMU.

TITRE III : DUREE, ENTREE EN VIGUEUR, RENOUVELLEMENT ET REVISION

CHAPITRE 1 : DUREE ET ENTREE EN VIGUEUR

Article 20 : Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de trois (03) ans.

Article 21 : Entrée en vigueur

La présente convention entre en vigueur un (01) mois après sa signature.

CHAPITRE 2 : RENOUVELLEMENT ET REVISION

Article 22 : Renouvellement

La présente convention est renouvelable par écrit après une évaluation concluante par les parties signataires.

Article 23 : Révision

La présente convention peut faire l'objet de révision par avenant d'un commun accord des parties signataires.

TITRE IV : COMMISSION PERMANENTE DE CONCERTATION

Article 24 : Attributions de la Commission permanente de concertation

Il est institué une commission permanente de concertation chargée du suivi de l'exécution de la présente convention.

La Commission est notamment chargée de :

- suivre le respect des engagements des parties ;
- évaluer la mise en œuvre de la convention ;
- identifier les difficultés de la mise en œuvre de la convention et proposer le cas échéant des solutions.

Article 25 : Composition de la Commission permanente de concertation

La commission permanente de concertation est composée de :

Président : un (1) représentant de l'organisme de gestion.

Vice-Président : un (1) représentant de l'établissement privé de santé.

Membres :

- deux (2) représentants de l'organisme de gestion;
- deux (2) représentants de l'établissement privé de santé.

Article 26 : Désignation des membres de la Commission permanente de concertation

Les membres de la Commission permanente de concertation sont désignés selon les règles propres à chaque organisation.

Article 27 : Fonctionnement de la Commission permanente de concertation

La Commission se réunit une fois l'an et chaque fois que de besoin à la demande de l'une ou l'autre des parties.

Les réunions de la Commission permanente de concertation sont convoquées par le président.

La Commission permanente de concertation prend ses décisions valablement si au moins deux (02) représentants de chacune des parties sont présents.

En cas d'absence de quorum, un rapport de constat de carence est rédigé par le secrétariat de la Commission.

En cas de carence, la réunion est ajournée et l'ordre du jour est examiné à la toute prochaine réunion dans un délai qui ne saurait excéder trente (30) jours.

Si la carence persiste, les parties peuvent exercer les voies de recours conformément aux textes en vigueur.

Le secrétariat des réunions de la commission permanente de concertation est assuré par l'organisme de gestion.

Article 28 : Modalités de prise de décisions de la Commission permanente de concertation

Les décisions de la commission permanente de concertation sont prises par consensus.

Les travaux de la commission permanente de concertation sont consignés dans un procès-verbal.

Le point de désaccord est réglé conformément aux textes en vigueur.

**TITRE V : RUPTURE DE LA PRESENTE CONVENTION ET REGLEMENT DES
LITIGES****Article 29 : Rupture**

La présente convention peut être rompue dans les conditions suivantes :

- par accord écrit des parties signataires. Dans ce cas, la partie la plus diligente saisit l'autre par un écrit pour l'inviter à discuter sur la cause ;
- le non-respect de tout ou partie des obligations contractuelles par l'une des parties. La partie qui estime que l'autre partie n'a pas exécuté toute ou partie de ses obligations, doit au préalable saisir la commission permanente de concertation. Si au bout d'un mois pour compter de la notification du procès-verbal de la commission de concertation confirmant le manquement des obligations, ou de la constatation de l'impossibilité de tenir une session de la commission, les faits incriminés se poursuivent, la partie victime de cette situation peut demander la fin de la convention ;
- en cas de force majeure.

Article 30 : Règlement des litiges

Tout litige né de l'exécution de la présente convention sera réglé à l'amiable dans un délai de trois (03) mois. Faute de règlement amiable dans le délai de trois mois à compter de la naissance du litige ou en cas d'échec du règlement à l'amiable, le litige sera porté devant les juridictions compétentes du Burkina Faso.

Fait en deux (2) exemplaires

A Ouagadougou le,

Pour (L'ETABLISSEMENT PRIVE

Pour (L'ORGANISME DE GESTION
DE SOINS DE SANTE)

(Signature précédée de la mention

Lu et approuvé)

(Signature précédée de la mention

Lu et approuvé)

ANNEXES : (énumérer les différentes annexes)

LOGO DES PARTIES
CONTRACTANTES

**PROJET DE MODELE TYPE DE CONVENTION NATIONALE ENTRE LA
..... (ORGANISME DE GESTION) ET (ORGANISATION
PROFESSIONNELLE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVES DE SOINS)**

Entre

la , sis à , Rue..... ,
représentée par son Directeur Général, M..... ,

Ci-après dénommée « Organisme de gestion »

d'une part,

ET

..... sis à , Rue..... ,
représentée par son président, M..... ,

Ci-après dénommée « »

d'autre part,

PRÉAMBULE

LES PARTIES SIGNATAIRES

Conscientes de la nécessité de mettre en œuvre l'assurance maladie universelle instituée par la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso en vue de lever les barrières financières d'accès des populations aux soins de santé de qualité ;

Considérant la nécessité de garantir la disponibilité d'un panier de soins et la pérennité financière du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) dans le but d'assurer l'accès effectif et équitable de chaque assuré aux prestations de soins de santé de qualité ;

Considérant le rôle et l'importance des établissements de santé en tant que prestataires de soins de santé dans la mise en œuvre effective de l'assurance maladie universelle ;

Convaincues que les conventions sont des outils indispensables à une relation saine et responsable en vue de permettre aux assurés de bénéficier de prestations de soins de qualité ;

Conviennent des termes de la présente convention dont la teneur suit :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de régir les relations entre (ORGANISME DE GESTION) et les prestataires de soins de santé membres de..... (organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) sur l'ensemble du territoire national conformément à la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

Article 2 : Champ d'application

La présente convention revêt un caractère national.

Elle s'applique à :

- l'ensemble des établissements sanitaires privés membres de (organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) ;
-(l'organisme de gestion signataire de la présente convention) ;
- les prestations du panier de soins en fonction du domaine d'intervention des établissements sanitaires privés membres de (organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) ;
- l'ensemble des bénéficiaires du RAMU.

CHAPITRE II : DEFINITIONS ET PRINCIPES GENERAUX

Article 3 : DEFINITIONS

Il est admis pour les parties contractantes que les termes suivants sont compris sans équivoque et de la manière suivante :

- accord préalable : procédure qui conditionne la prise en charge par la (ORGANISME DE GESTION) de certains actes et produits de santé par l'obtention de son accord préalablement à leur dispensation ;
- assurance maladie universelle : le dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie ou de maternité ;
- assuré social : toute personne affiliée et ayant fait l'objet d'immatriculation à la (ORGANISME DE GESTION) ;
- bénéficiaire : toute personne qui remplit les conditions de bénéfice des prestations de soins de santé au titre du régime d'assurance maladie universelle ;

- dispositif médical : l'ensemble de matériels médico-techniques indispensables à la prise en charge médicale d'un malade ;
- indigent : est considérée comme indigente, conformément à la réglementation en vigueur, la personne qui remplit cumulativement les critères suivants :
 - ✓ être dans une situation d'absence ou d'insuffisance de revenu,
 - ✓ être dans une situation d'absence ou d'insuffisance d'aide ;
- organisme de gestion déléguée : toute structure publique ou privée qui par une convention de délégation avec les organismes de gestion de l'assurance maladie, est chargée de gérer une ou plusieurs fonctions techniques desdits organismes de gestion ;
- panier de soins : l'ensemble des actes, biens et services médicaux pris en charge par le régime d'assurance maladie universelle ;
- formulaire de demande d'accord préalable (DAP) : imprimé destiné au contrôle médical que le praticien doit remplir pour obtenir l'autorisation de l'organisme de gestion pour certains actes et produits de santé ;
- facture : support normalisé électronique et/ou papier, servant au règlement des frais relatifs aux prestations de soins.
- filière de soins : elle représente les différentes modalités de recours aux soins et la trajectoire de soins empruntée par le patient pour la prise en charge d'une pathologie donnée, impliquant une organisation cohérente et graduée des soins autour de multiples acteurs et établissements de santé publics et privés ;
- force majeure : un événement imprévisible, irrésistible et insurmontable empêchant l'une ou l'autre des parties à la convention, d'exécuter ses obligations.

Article 4 : Principes généraux

Les parties signataires s'engagent à se conformer aux principes ci-après :

- garantir à tous les bénéficiaires l'accès aux soins de santé de qualité;
- offrir des soins de santé de qualité conformément aux référentiels nationaux et/ou ayant fait l'objet d'un consensus national et de tous les outils instaurés dans le cadre du RAMU ;
- garantir la confidentialité des informations relatives à l'état de santé du patient et au fonctionnement des structures obtenues dans le cadre de la mise en œuvre de la présente convention.

Article 5 : Filière de soins

Le respect de la filière de soins définie par le Ministère de la santé est obligatoire pour tout bénéficiaire.

Article 6 : Libre choix

Les bénéficiaires ont le libre choix de l'établissement sanitaire.

La (ORGANISME DE GESTION) et les prestataires de soins de santé de santé membres de..... (organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) s'engagent au respect de ce principe.

TITRE II : OBLIGATIONS DES PARTIES

CHAPITRE 1 : OBLIGATIONS DE (ORGANISATION PROFESSIONNELLE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVES DE SOINS)

Article 7 : Enregistrement et identification des patients

Les prestataires de soins de santé de santé membres de (organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) sont chargés, dès l'accueil, de vérifier l'identité du patient et de s'assurer de sa qualité de bénéficiaire et de la validité de sa carte.

Les enfants âgés de moins de trois (3) mois sont pris en charge sur présentation de l'attestation provisoire délivrée par l'organisme de gestion.

Les prestataires de soins de santé de santé membres de..... (Organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) sont tenus d'utiliser ou de renseigner tous les outils demandés ou mis à leur disposition par la (ORGANISME DE GESTION) et de lui fournir toutes les informations nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires du régime d'assurance maladie universelle.

Article 8: Disponibilité du panier de soins

Les prestataires de soins de santé de santé membres de..... (organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) s'engagent par la présente convention à rendre disponible le panier de soins. Ils s'engagent également à assurer la qualité des prestations fournies aux bénéficiaires.

Article9: Accord préalable

La prise en charge médicale de certaines prestations doit faire l'objet d'un accord préalable de la (ORGANISME DE GESTION). La liste de ces prestations est établie par la (ORGANISME DE GESTION) et transmise aux prestataires de soins de santé.

Le formulaire de demande d'accord préalable renseigné et signé par les prestataires de soins de santé membres de..... (Organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins de santé) est directement adressé à la (ORGANISME DE GESTION).

Article10: Référence du bénéficiaire

Dans le cadre de la continuité des soins, Les prestataires de soins de santé membres de..... (Organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) réfèrent, en cas de besoins, les bénéficiaires vers d'autres établissements sanitaires. Toutefois, le bénéficiaire ne sera pris en charge par la (l'organisme de gestion) que si l'établissement sanitaire d'accueil est conventionné.

Article11: Dispensation des prestations de soins de santé

La présente convention porte sur la totalité des soins de santé dispensés en ambulatoire ou en hospitalisation conformément à la législation en vigueur.

Les prestataires de soins de santé membres de..... (Organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) fournissent aux bénéficiaires des soins de qualité dans le respect des référentiels nationaux et internationaux. Toutefois, les praticiens prescrivent en priorité les médicaments essentiels génériques.

Toutefois, les prestataires de soins de santé membres de..... (Organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) peuvent prescrire des médicaments de spécialité dans les conditions établies par l'organisme de gestion.

Article12: Renseignement des outils de prise en charge

Les prestataires de soins de santé de santé membres de..... (organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) renseignent correctement et lisiblement les outils de prise en charge des bénéficiaires mis à leur disposition par la (organisme de gestion).

Article13: Dossiers patients

Dans le cadre du suivi des patients et de la continuité des soins, les prestataires de soins de santé de santé membres de..... (Organisation professionnelle des établissements sanitaires privés

de soins) constituent obligatoirement des dossiers patients et les conservent physiquement et/ou de manière dématérialisée conformément à la réglementation en vigueur.

Article14: Conditions de facturation des prestations réalisées

Les prestataires de soins de santé membres de..... (Organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) s'engagent à appliquer la tarification des actes des professionnels de santé et des hospitalisations en vigueur annexée à la présente convention.

La facturation des prestations de soins à la (Organisme de gestion) se fait par mois au cours duquel les prestations ont été rendues. Les dossiers de facturation sont transmis à la (Organisme de gestion) dans les sept jours du mois suivant.

Article15: Soumission aux contrôles

Les prestataires de soins de santé membres de..... (Organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) s'engagent à se soumettre aux différents contrôles dans le cadre du RAMU conformément aux textes en vigueur.

CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DE LA (ORGANISME DE GESTION)

Article16: Sécurité des documents d'identification des assurés

La (Organisme de gestion) s'engage par la présente convention à garantir la sécurité de la carte d'assuré, seul document d'identification de la qualité de bénéficiaire.

Article17: Documents de prise en charge

La (Organisme de gestion) est tenue de fournir aux prestataires de soins de santé de santé membres de (Organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) tous les supports nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires ou au paiement des factures.

Article18: Paiement des factures

La(Organisme de gestion) est tenue de payer les factures vérifiées conformes émises par les prestataires de soins de santé membres de.....(Organisation professionnelle des établissements sanitaires privés de soins) dans un délai de trente (30) jours suivant leur réception.

Article19: Information et sensibilisation

La (Organisme de gestion) s'engage à informer tous ses assurés de la liste des prestataires de soins de santé conventionnés ainsi que des procédures de prise en charge.

La (Organisme de gestion) a l'obligation de sensibiliser ses assurés sur leurs droits et devoirs dans le cadre du RAMU.

TITRE III : DUREE, ENTREE EN VIGUEUR, RENOUVELLEMENT ET REVISION

CHAPITRE 1 : DUREE ET ENTREE EN VIGUEUR

Article20: Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de trois (03) ans.

Article21: Entrée en vigueur

La présente convention entre en vigueur un (01) mois après sa signature.

CHAPITRE 2 : REVISION ET RENOUVELLEMENT

Article22: Révision

La présente convention peut faire l'objet de révision par avenant d'un commun accord des parties signataires.

Article23: Renouvellement

La présente convention est renouvelable par écrit après une évaluation concluante par les parties signataires.

TITRE IV : COMMISSION PERMANENTE DE CONCERTATION

Article24: Attributions de la Commission permanente de concertation

Il est institué une commission permanente de concertation chargée du suivi de l'exécution de la présente convention.

La Commission est notamment chargée de :

- suivre le respect des engagements des parties ;
- évaluer la mise en œuvre de la convention ;
- identifier les difficultés de la mise en œuvre de la convention et proposer le cas échéant des solutions.

Article25: Composition de la Commission permanente de concertation

La commission permanente de concertation est composée de :

Président : un (1) représentant de l'organisme de gestion.

Vice-Président : un (1) représentant de l'organisation professionnelle des établissements privés de santé.

Membres :

- trois (3) représentants de l'organisme de gestion;
- trois (3) représentants de l'établissement sanitaire privé de soins.

Article26: Désignation des membres de la Commission permanente de concertation

Les membres de la Commission permanente de concertation sont désignés selon les règles propres à chaque organisation.

Article27: Fonctionnement de la Commission permanente de concertation

La Commission se réunit une fois l'an et chaque fois que de besoin à la demande de l'une ou l'autre des parties.

Les réunions de la Commission permanente de concertation sont convoquées par le président.

La Commission permanente de concertation prend ses décisions valablement si au moins trois (03) représentants de chacune des parties sont présents.

En cas d'absence de quorum, un rapport de constat de carence est rédigé par le secrétariat de la Commission.

En cas de carence, la réunion est ajournée et l'ordre du jour est examiné à la toute prochaine réunion dans un délai qui ne saurait excéder trente (30) jours.

Si la carence persiste, les parties peuvent exercer les voies de recours conformément aux textes en vigueur.

Le secrétariat des réunions de la commission permanente de concertation est assuré par l'organisme de gestion.

Article28: Modalités de prise de décisions de la Commission permanente de concertation

Les décisions de la commission permanente de concertation sont prises par consensus.

Les travaux de la commission permanente de concertation sont consignés dans un procès-verbal.

Le point de désaccord est réglé conformément aux textes en vigueur.

TITRE V : RUPTURE DE LA PRESENTE CONVENTION ET REGLEMENT DES LITIGES

Article29: Rupture

La présente convention peut être rompue dans les conditions suivantes :

- par accord écrit des parties signataires. Dans ce cas, la partie la plus diligente saisit l'autre par un écrit pour l'inviter à discuter sur la cause ;
- le non-respect de tout ou partie des obligations contractuelles par l'une des parties. La partie qui estime que l'autre partie n'a pas exécuté toute ou partie de ses obligations, doit au préalable saisir la commission permanente de concertation. Si au bout d'un mois pour compter de la notification du procès-verbal de la commission de concertation confirmant le manquement des obligations, ou de la constatation de l'impossibilité de tenir une session de la commission, les faits incriminés se poursuivent, la partie victime de cette situation peut demander la fin de la convention ;
- en cas de force majeure.

Article30: Règlement des litiges

Tout litige né de l'exécution de la présente convention sera réglé à l'amiable dans un délai de trois (03) mois.

Faute de règlement amiable dans le délai de trois mois à compter de la naissance du litige ou en cas d'échec du règlement à l'amiable, le litige sera porté devant les juridictions compétentes du Burkina Faso.

Fait en deux (2) exemplaires

A Ouagadougou le,

Pour (l'organisation professionnelle des
établissements sanitaires privés de soins)

Pour l'organisme de gestion

(Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »)

(Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »)

ANNEXES : (énumérer les différentes annexes)