



CRRAE-UMOA

Caisse de Retraite par Répartition Avec Epargne
de l'Union Monétaire Ouest Africaine

REGLES SPECIFIQUES RELATIVES AUX PRESTATIONS MEDICALES DU FAAM ET AUX MODALITES DE LEUR REMBOURSEMENT

SOMMAIRE

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES.....	2
Article 1 ^{er} : Terminologie	2
Article 2 : Objet et Champ d'application	3
Article 3 : Interprétation	3
TITRE II : ADHESION, MODIFICATION DE GARANTIE, RETRAIT, EXCLUSION.....	3
Article 4 : Adhésion.....	3
Article 5 : Modification de garanties.....	3
Article 6 : Retrait.....	3
Article 7 : Exclusion.....	4
TITRE III : ETENDUE DE LA GARANTIE	4
CHAPITRE 1 ^{er} : GARANTIE DE BASE.....	4
Article 8 : Objet de la garantie de base	4
Article 9 : Nature et limite de la garantie de base.....	4
Article 10 : Etendue géographique.....	4
Article 11 : Cotisation et Plafond annuel de la garantie de base.....	4
CHAPITRE 2 : GARANTIE COMPLEMENTAIRE - EVACUATION SANITAIRE.....	5
Article 12 : Objet de la garantie complémentaire.....	5
Article 13 : Nature et limite de la garantie complémentaire	5
Article 14 : Cotisation et plafond annuel de la garantie complémentaire	5
CHAPITRE 3 : FRAIS MEDICAUX ET ACTES NON COUVERTS	5
Article 15 : Liste des exclusions	5
TITRE IV : CONDITIONS ET MODALITES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX.....	7
CHAPITRE 4 : SOINS AMBULATOIRES	7
Article 16 : Demande de remboursement des frais médicaux	7
Article 17 : Remboursement des frais médicaux	7
Article 18 : Entente préalable.....	7
CHAPITRE 5 : HOSPITALISATIONS	7
Article 19 : Demande de prise en charge médicale.....	7
Article 20 : Délivrance de prise en charge médicale.....	8
Article 21 : Règlement de frais d'hospitalisation	8
Article 22 : Notification au prestataire de frais d'hospitalisation non pris en charge par le FAAM	8
CHAPITRE 6 : EVACUATIONS SANITAIRES	8
Article 23 : Demande d'évacuation sanitaire.....	8
Article 24 : Instruction de la demande d'évacuation sanitaire	8
Article 25 : Rejet de la demande d'évacuation sanitaire.....	8
Article 26 : Autorisation de l'évacuation sanitaire.....	9
Article 27 : Notification au prestataire des frais d'évacuation sanitaire non pris en charge par le FAAM	9
TITRE V : DISPOSITIONS SPECIALES	9
Article 28 : Secret professionnel	9
Article 29 : Expertise médicale	9
Article 30 : Contrôle	9
Article 31 : Monnaie - Langue	9
TITRE VI : DISPOSITIONS FINALES	10
Article 32 : Modification des Règles spécifiques.....	10
Article 33 : Date d'entrée en vigueur	10

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1^{er} : Terminologie

Au sens des présentes Règles spécifiques, les termes ci-après désignent :

1. « **Acte** », une prestation médicale délivrée par le personnel de santé (médecin, infirmier, pharmacien, etc.) et « consommée » par un malade ;
2. « **Accident** », toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la personne couverte, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et constatée par un médecin;
3. « **Ayants droit** », les conjoints survivants des deux sexes et les orphelins de Participants, de Retraités ou d'Allocataires décédés, bénéficiaires de prestations au titre du RRPC et du FAAM;
4. « **Assuré** », toute personne bénéficiant des prestations du FAAM ;
5. « **CRRAE-UMOA** » ou « **Caisse** », la Caisse de Retraite par Répartition avec Epargne de l' Union Monétaire Ouest Africaine ;
6. « **Entente préalable** », le mécanisme de contrôle effectué avant que le patient, couvert, n'ait recours aux soins ;
7. « **FAAM** », ou « **Fonds** », le Fonds Autonome d'Assurance Maladie ;
8. « **Hospitalisation** », tout séjour d'au moins 24 heures dans un établissement de soins public ou privé légalement reconnu comme tel, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical constaté par un professionnel de la santé et nécessité par une maladie ou un accident ;
9. « **Maladie** », toute altération, de la santé du prestataire, constatée par un professionnel de la santé ;
10. « **Médecin** », toute personne titulaire d'un diplôme de médecine en état de validité, inscrit à l'ordre et pouvant exercer légalement ;
11. « **Prestataire** », toute personne physique bénéficiaire des prestations du FAAM en raison de sa qualité de Retraité ou de Réservataire du RRPC ;
12. « **Plafond de Garantie** », le montant maximum pouvant être mis à la charge du FAAM ;
13. « **Retraité** », le Participant qui a cessé toute activité auprès d'un Adhérent et a été admis au bénéfice de la prestation de retraite au titre du RRPC ;
14. « **Reversataire** », Ayant droit satisfaisant aux conditions fixées par les Règles de gestion du FAAM, pour bénéficier des prestations couvertes par le Fonds, à la date du décès d'un participant ou d'un retraité du RRPC ;
15. « **RRPC** », le Régime de Retraite par répartition du Personnel Cadre géré par la CRRAE-UMOA ;
16. « **Soins ambulatoires** », soins effectués dans un établissement hospitalier ou une clinique, mais sans hospitalisation du malade ;
17. « **Taux de Remboursement** », le pourcentage des prestations à la charge du FAAM ;
18. « **Ticket modérateur** », la part du coût du service de santé couvert non prise en charge par le FAAM.

Article 2 : Objet et Champ d'application

Les présentes Règles spécifiques établies par le Conseil d'Administration, en application de l'article 15 alinéa 15.2 des Règles de Gestion du FAAM, définissent les prestations couvertes et fixent les conditions de leur remboursement ou de leur prise en charge.

Elles s'appliquent aux personnes remplissant les conditions d'ouverture du droit aux prestations prévues par l'article 14 des Règles de Gestion du FAAM et ayant régulièrement adhéré audit Fonds.

Article 3 : Interprétation

En tant que de besoin, le Conseil d'Administration interprète, pour leur donner effet, les présentes Règles spécifiques du FAAM.

TITRE II : ADHESION, MODIFICATION DE GARANTIE, RETRAIT, EXCLUSION

Article 4 : Adhésion

4.1 Le Retraité satisfaisant aux conditions fixées par l'article 14 des règles de gestion du FAAM peut bénéficier, pour lui-même et ses ayants droit, des prestations couvertes par le Fonds.

4.2 En cas de décès d'un Participant satisfaisant aux conditions fixées par l'article 14 des règles de gestion du FAAM, ses ayants droit peuvent prétendre aux prestations couvertes par le Fonds.

4.3 Le retraité ou le reversataire désireux d'adhérer au FAAM doit en faire la demande, en transmettant à la CRRAE-UMOA, un bulletin d'adhésion et un questionnaire médical, dûment remplis et signés.

4.4 La demande d'adhésion au FAAM doit être adressée à la Caisse, au plus tard dans les deux mois suivant la date d'effet de la pension de retraite ou de réversion.

4.5 La décision d'acceptation de l'adhésion est notifiée au retraité ou au reversataire dans un délai de 30 jours suivant la date de réception de sa demande.

Article 5 : Modification de garanties

5.1 Le prestataire qui désire modifier la garantie souscrite doit adresser une demande à la Caisse au plus tard le 30 novembre de l'année en cours.

5.2 En cas de souscription à la garantie évacuation sanitaire intervenue ultérieurement à la date de la demande d'adhésion au FAAM, le prestataire devra à nouveau remplir le questionnaire médical. Le cas échéant, la Caisse peut soumettre le demandeur à un examen de vérification relatif à son état de santé.

5.3 La date d'effet de toute modification de garantie est fixée au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Article 6 : Retrait

6.1 Le prestataire peut se retirer du FAAM ou en retirer tout ou partie de ses ayants droit. Pour ce faire, il devra notifier sa décision à la Caisse au plus tard le 30 novembre de l'année en cours.

6.2 Quelle qu'en soit la cause, tout retrait du FAAM est définitif et sa date d'effet est fixée au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Article 7 : Exclusion

Sans préjudice des poursuites judiciaires qui pourraient être engagées à l'encontre de l'intéressé, l'exclusion du prestataire est prononcée dans les cas ci-après :

- fausse déclaration à l'adhésion, quelle que soit la date à laquelle elle a été constatée ;
- fraude avérée à l'assurance-maladie ;
- refus de se soumettre à un contrôle médical demandé par la CRRAE-UMOA.

TITRE III : ETENDUE DE LA GARANTIE

La couverture médicale offerte par le FAAM comprend une garantie de base à souscription obligatoire pour tous les prestataires et une garantie complémentaire facultative donnant droit aux évacuations sanitaires.

CHAPITRE I^{er} : GARANTIE DE BASE

Article 8 : Objet de la garantie de base

La garantie a pour objet le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation, consécutifs à une maladie ou à un accident.

Article 9 : Nature et limite de la garantie de base

Les frais exposés sont remboursés au 1^{er} franc à concurrence de 80% des frais réels engagés dans la limite des tarifs et plafonds prévus aux alinéas 9.1 et 9.2.

9.1 Tarifs de référence

Les tarifs applicables sont fixés chaque année en se référant aux coûts des frais de santé dans les pays de l'UEMOA, au Maroc, en Tunisie et en France.

9.2 Dispositions particulières

Les frais de soins dentaires, à l'exclusion des soins prophylactiques (préventifs) ou à caractère esthétique, sont garantis par assuré et par année d'assurance, dans les conditions et limites fixées par décision du Conseil d'Administration de la CRRAE-UMOA. Il en est de même pour les frais d'optique, verres et montures.

Article 10 : Etendue géographique

10.1 La garantie s'exerce dans les pays de l'UEMOA. Elle est étendue au Maroc, en Tunisie et en France pour une période maximale de trente (30) jours par an, avec au plus deux (02) séjours.

10.2 Les frais exposés à l'occasion de ces séjours sont remboursés dans les conditions et limites des garanties, à hauteur de 70% du tarif de référence.

Article 11 : Cotisation et Plafond annuel de la garantie de base

La cotisation et le plafond annuel par assuré de la garantie de base sont fixés par décision du Conseil d'Administration de la CRRAE-UMOA. Ils peuvent être révisés par le Conseil, en fonction de la sinistralité et /ou de la situation financière du FAAM.

CHAPITRE 2 : GARANTIE COMPLEMENTAIRE - EVACUATION SANITAIRE

La garantie complémentaire ne joue que si la garantie de base est acquise. Elle est facultative.

Article 12 : Objet de la garantie complémentaire

Sont garantis, les frais d'évacuation par avion vers les centres spécialisés situés dans l'espace UEMOA, au Maroc, en Tunisie ou en France. Sont également garantis, et dans la limite du plafond autorisé, les soins et traitements inhérents à l'évacuation sanitaire. Sont enfin garantis, les frais de rapatriement du corps (transfert proprement dit) de l'assuré décédé à la suite d'une évacuation sanitaire.

Article 13 : Nature et limite de la garantie complémentaire

13.1 L'évacuation sanitaire est subordonnée à la décision du Médecin Conseil du FAAM, après examen du certificat médical établi par le Médecin traitant du malade. Elle doit avoir pour cause exclusive, l'impossibilité médicalement admise, de recevoir sur place (lieu de résidence) les soins et traitements que nécessite l'état du malade.

13.2 Les frais exposés sont remboursés au 1^{er} franc à concurrence de 70% des frais réels dans les conditions et limites prévues par les présentes Règles spécifiques.

Article 14 : Cotisation et plafond annuel de la garantie complémentaire

14.1 La cotisation et le plafond annuel par assuré de la garantie complémentaire sont fixés par décision du Conseil d'Administration de la CRRAE-UMOA. Ils peuvent être révisés, en fonction de la sinistralité et /ou de la situation financière du FAAM.

14.2 Le plafond relatif à la garantie complémentaire ne joue qu'en cas d'évacuation sanitaire. Il vient en complément du reliquat du plafond de base de l'assuré concerné, à la date de la demande d'évacuation sanitaire.

CHAPITRE 3 : FRAIS MEDICAUX ET ACTES NON COUVERTS

Article 15 : Liste des exclusions

Ne sont pas garantis par le FAAM :

- ✓ les conséquences des maladies ou accidents qui sont le fait volontaire ou intentionnel du prestataire bénéficiaire et notamment celles résultant d'une tentative de suicide ou de l'état d'ivresse ;
- ✓ les conséquences de maladies ou d'accidents causés par la détention ou la manutention d'engins de guerre ;
- ✓ les conséquences de la guerre étrangère, de la guerre civile, d'émeutes ou de mouvements populaires, le prestataire bénéficiaire doit prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère. Il appartient du FAAM de prouver que le sinistre résulte de la guerre civile d'émeutes ou de mouvements populaires ;
- ✓ les conséquences d'actions de terrorisme ou de sabotage accomplies dans le cadre d'actions concertées de terrorisme ou de sabotage ;
- ✓ les conséquences de l'explosion d'un engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome et ceux dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement), à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité du rayonnement mesuré au sol 24 heures après l'émission dépasse un roentgen par heure ;

- ✓ les conséquences de la participation du prestataire bénéficiaire en tant que concurrent à des matches, paris, défis, courses et épreuves de vitesse et d'endurance ou à leurs essais préparatoires ou provenant de la pratique par l'assuré des sports aériens, y compris vol à voile et parachutage, des sports de combat (boxe, lutte) ou d'exhibitions acrobatiques ;
- ✓ les conséquences d'un accident ou d'une maladie, antérieur à la prise d'effet de l'adhésion ;
- ✓ les conséquences d'une infirmité antérieure à la prise d'effet du contrat ;
- ✓ les conséquences de soins donnés par une personne non qualifiée, c'est-à-dire non titulaire à la connaissance du prestataire bénéficiaire d'un diplôme lui donnant droit d'exercer cette activité, ainsi que les psychanalystes et les guérisseurs ;
- ✓ les frais relatifs à la maternité et à l'accouchement ;
- ✓ les traitements pour asthénies et cure de repos ;
- ✓ les traitements esthétiques ;
- ✓ les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement ainsi que des cures de désintoxication de quelque nature qu'elles soient ;
- ✓ les traitements para ontologiques (détartrage...) ;
- ✓ les traitements de malformation congénitale, infirmités et anomalies physiologiques ;
- ✓ les prothèses non dentaires, greffons, implants ;
- ✓ les séances de diathermie et d'hydrothérapie ;
- ✓ les bilans de santé et *check up* ;
- ✓ toute évacuation non approuvée au préalable par le Médecin Conseil du FAAM;
- ✓ toute dépense liée à l'assistance médicale non approuvée et ou organisée par le Médecin Conseil du FAAM;
- ✓ toute dépense relative à une évacuation médicale ou un rapatriement si le bénéficiaire ne souffre pas d'une condition médicale sérieuse ou si le bénéficiaire peut voyager normalement ;
- ✓ tout traitement ou dépense en relation avec une grossesse, une fausse couche, etc.;
- ✓ toute dépense relative à une maladie mentale, émotionnelle ou psychiatrique ;
- ✓ les frais de rapatriement portés à la connaissance du FAAM au-delà d'un mois ;
- ✓ les dépenses successives au rapatriement non justifiés ;
- ✓ le transport non médicalisé ;
- ✓ les renouvellements d'ordonnance non prescrits par le médecin traitant ;
- ✓ les matériels médico-chirurgicaux et les produits de pansements : vessie, seringues, compresses, coton, alcool, sérums;
- ✓ les produits médicamenteux suivants :
 - test de grossesse, d'urine, lecteurs de glycémie, bandelette ;
 - les produits cosmétiques et contraceptifs ;
 - les vaccins et autres médicaments présents dans le cadre d'une prévention ;
 - les aliments anti diététique ou anorexigène, savons antiseptique et produits d'hygiène, bains de bouche et pastilles ;
 - les produits de remplacement ;
 - les produits amaigrissants et stimulants de l'appétit ;
 - les produits homéopathiques et d'origine naturelle ;
 - les fortifiants, vitamines, antiasthéniques et oligoéléments.

Lorsqu'ils sont prescrits pour le chef de famille dans le cadre d'un traitement, en association cohérente avec d'autres médicaments, les produits ci-après sont remboursés :

- antipaludique ;
- aspirine ;
- fortifiants, vitamines, antiasthéniques et oligoéléments.

TITRE IV : CONDITIONS ET MODALITES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX

CHAPITRE 4 : SOINS AMBULATOIRES

Article 16 : Demande de remboursement des frais médicaux

Le prestataire doit transmettre à la CRRAE-UMOA, son dossier de demande de remboursement comprenant les originaux de toutes les pièces justificatives (feuilles de soins, ordonnances, factures et reçus de paiement, notes d'honoraires détaillant les différents actes médicaux prescrits, accompagnées de vignettes, de factures ou de tickets de caisse de la pharmacie pour les médicaments et produits pharmaceutiques).

Article 17 : Remboursement des frais médicaux

17.1 La Caisse procède au remboursement des débours engagés dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception des pièces justificatives et dans la limite des garanties et exclusions précisées au titre III.

17.2 Le montant des frais médicaux remboursés est viré sur le compte désigné par le prestataire et un décompte faisant ressortir le montant des frais exposés, exclus et remboursés lui est transmis par courrier électronique s'il a préalablement communiqué à la Caisse une adresse *e-mail*.

Article 18 : Entente préalable

18.1 Les actes de kinésithérapie, rééducation respiratoire, auditive, pelvienne, urinaire, orthodontie dento faciale, orthoptie, orthophonie, gymnastique corrective, les soins spéciaux (laser, courants magnétiques, spiromètre, exploration fonctionnelle respiratoire, chimiothérapie...) et les soins dispensés par les auxiliaires médicaux sont subordonnés à entente préalable.

18.2 Avant d'engager des frais médicaux subordonnés à entente préalable, le prestataire est tenu d'adresser au Médecin Conseil du Fonds, une demande établie et signée par le praticien ayant prescrit le traitement médical.

18.3 La demande d'entente préalable peut être acceptée ou refusée par le Médecin Conseil du FAAM, qui doit notifier sa décision au prestataire, dans les quinze (15) jours suivant la réception de la demande. Le refus de la demande d'entente préalable doit être motivé.

18.4 Lorsqu'il y a urgence manifeste, le prestataire peut engager les frais. Toutefois, les formalités prévues à l'alinéa 18.2 doivent être remplies dans les cinq (05) jours suivant la date de début des traitements et la mention « acte d'urgence » devra être portée par le praticien sur la demande d'entente préalable.

CHAPITRE 5 : HOSPITALISATIONS

Article 19 : Demande de prise en charge médicale

19.1 En cas d'hospitalisation programmée, l'assuré doit adresser à la CRRAE-UMOA, une demande de prise en charge médicale, au moins cinq (05) jours avant la date de l'hospitalisation.

19.2 En cas d'hospitalisation urgente, le médecin traitant ou la structure sanitaire d'accueil doit adresser à la CRRAE-UMOA, une demande de prise en charge médicale, accompagnée d'un devis estimatif. Cette demande doit être adressée à la CRRAE-UMOA au plus tard dans les 48 heures qui suivent l'hospitalisation.

19.3 La demande de prise en charge médicale doit être accompagnée d'un devis estimatif signé par le médecin traitant de l'assuré ou la structure sanitaire et indiquant les noms et prénoms du prestataire ainsi que de la personne malade, sa date de naissance, le motif et la durée prévue de l'hospitalisation.

Article 20 : Délivrance de prise en charge médicale

Si à la date du traitement de la demande, le reliquat du plafond de base de l'assuré malade, permet de prendre en charge les soins envisagés, la CRRAE-UMOA délivre par tout moyen de transmission approprié, une prise en charge médicale adressée au médecin traitant ou à la structure sanitaire d'accueil concernée.

Article 21 : Règlement de frais d'hospitalisation

A la réception des pièces justificatives de l'hospitalisation (rapport d'hospitalisation, prise en charge médicale délivrée par la Caisse, détail de la pharmacie fournie, notes d'honoraires des médecins intervenants, etc.), le Médecin Conseil du FAAM procède au contrôle des actes médicaux prescrits et montants réclamés, dans les limites et plafonds des garanties précisés au titre III, avant leur remboursement.

Article 22 : Notification au prestataire de frais d'hospitalisation non pris en charge par le FAAM

Les frais d'hospitalisation non pris en charge par le FAAM (ticket modérateur et éventuelles prestations non couvertes) sont notifiés au prestataire et prélevés sur sa pension, à moins que celui-ci ne décide de payer par un autre moyen de paiement accepté par la Caisse.

CHAPITRE 6 : EVACUATIONS SANITAIRES

Article 23 : Demande d'évacuation sanitaire

Le prestataire doit adresser à la CRRAE-UMOA par tout moyen laissant trace écrite, un dossier de demande d'évacuation sanitaire, constitué des pièces justificatives, ci-après :

- un rapport médical circonstancié établi par le Médecin traitant du prestataire demandant l'évacuation sanitaire, envoyé sous pli fermé à l'attention du Médecin Conseil du FAAM ;
- un devis estimatif établi par le médecin ou la structure sanitaire d'accueil, le cas échéant ;
- les coordonnées du médecin ou de la structure sanitaire d'accueil, les conditions d'hospitalisation ou de traitement hors des structures hospitalières, le mode de transport, la qualité d'un éventuel accompagnateur (médecin ou parent du malade) le cas échéant.

Article 24 : Instruction de la demande d'évacuation sanitaire

La demande d'évacuation sanitaire peut être acceptée ou refusée par le Médecin Conseil du FAAM. Si toutes les pièces justificatives exigibles sont fournies, il doit notifier sa décision au prestataire, dans les 48 heures qui suivent la réception de la demande.

En cas de divergence entre l'avis du Médecin Conseil du FAAM et celui du médecin traitant, la CRRAE-UMOA désigne un troisième médecin dont l'avis aura force de décision.

Article 25 : Rejet de la demande d'évacuation sanitaire

Le refus de la demande d'évacuation sanitaire doit être dûment motivé par le Médecin Conseil du FAAM. Le cas échéant, il devra préciser ses préconisations pour permettre à l'assuré malade de recevoir éventuellement sur place, les soins que nécessite son état de santé.

Article 26 : Autorisation de l'évacuation sanitaire

26.1 La CRRAE-UMOA informe le prestataire sur les conditions et modalités de la prise en charge de l'évacuation sanitaire autorisée.

26.2 L'accord donné par la CRRAE-UMOA concerne exclusivement la prise en charge des frais consécutifs à l'évacuation sanitaire, et dans la limite de la garantie prévue au titre III. Elle ne donne lieu à aucune assistance du malade. Ce dernier ou son accompagnateur devra prendre les dispositions pratiques relatives au transport et à l'admission dans la structure d'accueil.

Article 27 : Notification au prestataire des frais d'évacuation sanitaire non pris en charge par le FAAM

Les frais relatifs à l'évacuation sanitaire non pris en charge par le FAAM (montant du ticket modérateur prestations non couvertes, ...) sont notifiés au prestataire et prélevés sur sa pension, à moins que celui-ci ne décide de payer par un autre moyen de paiement accepté par la Caisse.

TITRE V : DISPOSITIONS SPECIALES

Article 28 : Secret professionnel

Le Personnel de la Caisse ainsi que ses Médecins Conseil, sont tenus au secret professionnel, sous les peines prévues par la législation en vigueur. Ils sont tenus au respect de cette obligation même après la cessation de leurs fonctions.

Article 29 : Expertise médicale

En cas de contestation d'ordre médical entre le prestataire et la Caisse, sur l'application des présentes règles, les remboursements de prestations, l'exagération des soins donnés ou des sommes réclamées par rapport aux affections traitées, le différend sera soumis, avant toute instance judiciaire, à l'expertise médicale d'un troisième médecin expert, statuant sans formalités et nommé à l'amiable par les médecins experts des deux (02) parties. Les trois (03) experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Faute pour l'une des parties de nommer son expert, ou pour les deux (02) experts de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le président du tribunal de l'ére instance du domicile du prestataire ou du lieu de l'accident.

Cette nomination est faite par simple requête signée des deux parties ou d'une seule, l'autre étant convoqué par lettre recommandée.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son expert et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers expert et les frais de sa nomination.

Article 30 : Contrôle

La CRRAE-UMOA se réserve le droit de procéder à tout contrôle jugé utile, par son Médecin Conseil ou son mandataire. Le prestataire peut exiger que les visites de contrôle aient lieu en présence de son médecin traitant. Le prestataire qui refuse, sans motif valable, de se prêter au contrôle médical demandé par la Caisse peut être exclu du FAAM.

Article 31 : Monnaie - Langue

31.1 Les remboursements sont effectués en FCFA. Les règlements concernant les frais médicaux effectués dans une autre monnaie sont remboursés selon la parité en vigueur à la date de paiement desdits frais.

31.2 Les justificatifs des frais médicaux exposés dans une langue autre que le français, doivent être traduits en français, par un traducteur assermenté et aux frais du prestataire.

TITRE VI : DISPOSITIONS FINALES

Article 32 : Modification des Règles spécifiques

Toute modification apportée aux présentes règles spécifiques, sera portée à la connaissance des prestataires du FAAM.

Article 33 : Date d'entrée en vigueur

Les présentes Règles spécifiques entrent en vigueur et sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2014.

Fait à Abidjan, le 21 novembre 2013