

Burundi

Code de la sécurité sociale

Loi n°1-010 du 16 juin 1999

Sommaire

Titre 1 - Dispositions générales et champ d'application.....	1
Chapitre 1 - Principes fondamentaux, champ d'application et définitions.....	1
Chapitre 2 - Organisation administrative, financière et comptable	4
Titre 2 - Dispositions relatives aux risques couverts et aux prestations	6
Chapitre 1 - Régime d'assurance maladie maternité	6
Chapitre 2 - Régime des risques professionnels	8
Chapitre 3 - Régime des pensions	10
Chapitre 4 - Régime des prestations familiales	11
Titre 3 - Dispositions communes et diverses	12
Chapitre 1 - Dispositions relatives aux prestations.....	12
Chapitre 2 - Dispositions relatives aux contrôles, litiges sanctions et dissolution.....	13
Titre 4 - Dispositions transitoires et finales	14

Titre 1 - Dispositions générales et champ d'application

Chapitre 1 - Principes fondamentaux, champ d'application et définitions

Section 1 - Principes fondamentaux

Art.1.- Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, et au libre développement de sa responsabilité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale.

Art.2.- 1) Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien être et ceux de sa famille notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement nécessaire ; elle a droit à la sécurité en cas de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte

de ses moyens de subsistance par suite des circonstances indépendantes de sa volonté.

2) La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

Art.3.- Toute convention de l'organisation internationale du travail relative à la sécurité sociale et ratifiée par le Burundi fait autorité et l'emporte sur une disposition légale nationale de contenu différent.

Art.4.- Les principes fondamentaux en matière de protection des droits des travailleurs migrants contenus dans la Convention Générale de Sécurité Sociale de la Communauté Economique des Pays des Grands Lacs et son Arrangement Administratif sont d'application.

Art.5.- La République du Burundi doit assurer le respect des droits et devoirs programmés et gratuits par la Déclaration universelle des droits de l'homme, les pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, la charte africaine des droits de

l'homme et des peuples, ainsi que la charte de l'unité Nationale. Aucune restriction de ces droits ne peut être imposée que par la loi.

Section 2 - Champ d'application

Art.6.- La présente loi institue un Code de la sécurité sociale qui couvre l'ensemble des secteurs d'activité économique ainsi que les professions qui s'exercent sur tout le territoire de la République du Burundi en faveur des régimes de sécurité sociale décrits dans la présente section ainsi que des bénéficiaires visés aux articles 11 et 12 ci-après.

Art.7.- Le Code de la sécurité sociale couvre les régimes de base ainsi que les régimes complémentaires, particuliers ou spéciaux.

Art.8.- Les régimes de base sont :

- a) le régime d'assurance maladie maternité chargé du service des prestations de soins médicaux et des indemnités de maladie et de maternité ;
- b) le régime des risques professionnels chargé du service des prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle ;
- c) le régime des pensions chargé du service des prestations de vieillesse, d'invalidité et des prestations de survivants ;
- d) le régime des prestations familiales, chargé du service des allocations.

Art.9.- Des régimes complémentaires, particuliers ou spéciaux peuvent être institués en vue d'accorder des avantages sociaux s'ajoutant ou non à ceux des régimes de base.

Art.10.- 1) Tout régime de base de sécurité sociale est créé par un texte législatif.

2) La gestion d'un régime sociale est confiée à un organisme dont l'organisation et le fonctionnement sont déterminés par les statuts.

3) L'organisme de sécurité sociale fonctionne sous la surveillance de l'Etat.

4) Les partenaires de l'organisme de sécurité sociale sont représentés d'une manière paritaire dans les organes de gestion.

Art.11.- Sont assujettis aux régimes de base :

- a) tous les travailleurs soumis aux dispositions du Code du travail ;

- b) les mandataires publics et politiques ;
- c) les militaires, les salariés de l'Etat et des collectivités locales ;
- d) les personnels des différents corps de police ;
- e) les fonctionnaires, les magistrats et les agents de l'ordre judiciaire ;
- f) les apprentis liés par un contrat d'apprentissage ;
- g) les stagiaires liés ou non par un contrat de travail, employés dans une entreprise ou détachés dans une école professionnelle.
- h) Les membres des professions libérales et des œuvres à caractère philanthropiques religieux.

Art.12.- 1) Sont assujettis à toute ou partie d'un ou des régimes :

- a) les travailleurs burundais occupés par une entreprise située au Burundi et qui sont détachés sur le territoire d'un autre pays afin d'y effectuer un travail pour le compte de cette entreprise et à condition que la durée prévisible n'excède pas six mois ;
- b) les travailleurs étrangers occupés par une entreprise située à l'étranger et qui sont détachés sur le territoire d'un autre pays afin d'y effectuer un travail pour le compte de cette entreprise et à condition que la durée prévisible n'excède pas six mois ;
- c) les agents de la coopération bilatérale et multilatérale à l'exclusion de ceux qui effectuent au Burundi une mission temporaire inférieure à trois mois ;
- d) les étudiants de l'enseignement supérieur ainsi que les élèves de l'enseignement primaire et secondaire ;
- e) les bénéficiaires des pensions et rentes ;
- f) les agriculteurs, éleveurs, pêcheurs regroupés en association ;
- g) les artisans et les commerçants ;
- h) les non salariés du secteur rural et urbain.

2) les dispositions des points a), b) et c) s'appliquent sous réserve des accords de réciprocité, des conventions internationales ratifiés par le Burundi ou des conventions particulières entre organismes de sécurité sociale.

3) Les modalités particulières nécessaires à l'application des dispositions relatives aux personnes visées dans cet article seront déterminées par régime.

Section 3 - Définitions des concepts

Art.13.- Sont notamment définis, les concepts généraux suivants :

- a) « protection sociale » : ensemble de mécanismes institués dans le but de fournir une aide, sous différentes formes, à toute la population face aux risques sociaux et économiques auxquelles elle est exposée. L'aide sociale peut être soit matérielle, financière, soit éducative et morale ;
 - b) « Action sociale et sanitaire » : ensemble des activités et actions qui concourent à améliorer l'état social et sanitaire de la population. Il y a lieu d'y inclure les activités relatives à l'animation et à l'encadrement social pour accéder aux bons soins de santé ;
 - c) « Aide sociale » : ensemble de mesures prises par l'Etat, les collectivités publiques et locales, les personnes morales ou physiques et les organismes internationaux pour protéger les personnes les plus démunies et les moins encadrées moralement et socialement ;
 - d) « Epargne » : système par lequel un individu prélève une partie de son revenu pour l'affecter à la garantie d'éventuels risques ;
 - e) « Mutualité » : groupement sans but commercial, elle permet de répartir les charges des risques sociaux sur l'ensemble de ses membres. Pour atteindre l'efficacité dans la protection de ces risques, elle doit rassembler un grand nombre d'adhérents, sinon la garantie est dérisoire ;
 - f) « Assurance privée » : système où un assureur joue le rôle d'intermédiaire dans la protection d'un risque social et ce moyennant le paiement d'une certaine prime par les assurés ;
 - g) « Responsabilité » : obligation qui incombe à une personne de réparer le dommage causé à autrui par son fait ou par le fait des personnes ou des choses dépendant d'elle ;
 - h) « Faute intentionnelle » : acte volontaire de violence ayant entraîné des conséquences graves, même si l'auteur n'a pas voulu le dommage qui en résulte ;
 - i) « Subrogation » : opération par laquelle une personne ou une chose est substituée à une autre dans un rapport juridique. Elle peut être fondée sur une disposition légale (subrogation légale) ou sur un contrat (subrogation conventionnelle) ;
 - j) « Secteurs d'activité économique » : ensemble des activités assumées par des personnes physiques ou morales de droit public ou privé, rural ou urbain.
- Art.14.-** Sont notamment définis, les concepts spécifiques à la sécurité sociale ci-après :
- a) « Sécurité sociale » désigne la protection que la société accorde à ses membres, grâce à une série de mesures publiques à caractère obligatoire, contre le dénuement économique et social où pourraient les plonger, en raison de la disparition ou de la réduction sensible de leur gain, la maladie, la maternité, les accidents du travail et les maladies professionnelles, le chômage, l'invalidité, la vieillesse et le décès ;
 - b) « Risque social » désigne tout événement inhérent à la vie en société qui entraîne, pour celui qui subit, une baisse de ses revenus (maladie, chômage, vieillesse, accident du travail, maladie professionnelle) ;
 - c) « Régime de sécurité sociale » désigne l'ensemble de dispositions fixant les droits et obligations d'une catégorie de personnes au regard de la sécurité sociale et selon la nature de leur activité professionnelle ;
 - d) « Assuré social » désigne toute personne protégée contre les risques sociaux, qu'elle soit en situation de salarié, de non salarié, d'indépendant, d'étudiant, de stagiaire ou d'apprenti ;
 - e) « Travailleur » c'est toute personne physique, quels que soient son âge, son sexe et sa nationalité, qui s'est en gagée au près d'un employeur, dans les liens d'un contrat de travail ;
 - f) « Rémunération » signifie les gains de toute nature, susceptibles d'être évalué en espèces et fixés par accord ou par la loi, qui sont dus, en vertu d'un contrat de travail écrit ou verbal, par un employeur à un travailleur ;
 - g) « Employeur » désigne toute personne physique ou morale, de droit public ou de droit privé, qui utilise les services d'un ou plusieurs travailleurs en vertu d'un contrat de travail ;
 - h) « Assujettissement » désigne le fait pour une personne d'entrer dans le champ d'application d'un régime de sécurité sociale, en raison de sa situation professionnelle ;
 - i) « Immatriculation » désigne l'opération administrative qui constate la qualité d'assuré social par l'attribution d'un numéro d'identification ;
 - j) « Affiliation » désigne le lien qui existe entre l'assuré social et un organisme de sécurité sociale qui est susceptible de lui verser des prestations ;
 - k) « Prestations » désignent les pensions, les rentes, les allocations, les soins médicaux fournis directement y compris le rembourse-

ment des frais déboursés en faveur d'un assuré social ;

- l) « Stage » désigne soit une période de cotisation, soit une période d'emploi, soit une période de résidence ;
- m) « Mois d'assurance » désigne tout mois au cours duquel l'assuré social a occupé pendant quinze jours au moins, un emploi, un emploi assujéti à l'assurance ;
- n) « Ticket modérateur » désigne la participation proportionnelle ou forfaitaire laissée à la charge de l'assuré dans le coût des prestations de l'assurance maladie maternité indemnisation des soins ;
- o) « tiers responsable » désigne toute personne qui n'est liée par aucun rapport de subordination avec l'employeur de la victime au moment de l'accident ;
- p) « Tiers garant » désigne le système d'octroi des prestations de l'assurance maladie maternité-indemnisation des soins où l'assuré paie uniquement le ticket modérateur au fournisseur des prestations, ce dernier se faisant rembourser le solde auprès de l'organisme gestionnaire du régime de sécurité sociale ;
- q) « Membres de la famille » désignent les personnes vivant principalement à charge de l'assuré. il s'agit du conjoint non divorcé et des enfants à charge du travailleur ;
- r) « enfants à charge » désignent les enfants légitimes, naturels reconnus, sous tutelle ou adoptifs du travailleur ou de son conjoint qui réunissent les conditions ci-après :
 - être âgé de moins de 18 ans :
Cette limite d'âge est portée à 21 ans si l'enfant est apprenti ou poursuit des études dans un établissement de plein exercice.
Il n'y a pas de limite d'âge lorsque l'enfant, en raison de son état physique ou mental, est incapable d'exercer une activité professionnelle susceptible d'apporter au ménage un revenu d'appoint substantiel, cet état d'incapacité doit être prouvé par un certificat médical :
 - ne pas exercer dans un but lucratif une profession indépendante ;
 - ne pas être tenu dans les liens d'un mariage ;
 - ne pas avoir été adopté par autrui.

Chapitre 2 - Organisation administrative, financière et comptable

Section 1 - Organisation Administrative

Art.15.- Les organes de l'organisme de sécurité sociale sont l'assemblée générale des sociétaires, le conseil d'administration, le comité de recours gracieux, le comité de direction et le commissariat aux comptes.

Art.16.- L'organisation, la composition et le fonctionnement de ces organes sont déterminés par les statuts de l'organisme.

Section 2 - Organisation financière

Art.17.- 1) Les ressources des régimes sont constituées par :

- a) les cotisations ;
- b) les majorations encourues pour cause de retard dans le paiement des cotisations et dans la production des déclarations de salaires ;
- c) les produits des placements des fonds ;
- d) les dons et legs ;
- e) toutes autres ressources attribuées par un texte législatif ou réglementaire en vue d'assurer l'équilibre financier.

2) Les ressources des régimes ne peuvent être utilisées que pour couvrir les prestations et les frais d'administration indispensables à leur fonctionnement.

Art.18.- Chacun des régimes fait l'objet d'une gestion financière distincte, les ressources d'un régime ne pouvant être affectées à la couverture des charges d'un autre régime.

Art.19.- 1) Les cotisations dues pour chaque régime peuvent, dans la limite d'un plafond ou pas, être assises sur l'ensemble des rémunérations, primes, indemnités, gratifications, bourses, pensions, rentes perçues par les personnes physiques assujetties, à l'exclusion des sommes ayant le caractère d'un remboursement de frais.

2) Chaque régime pourra déterminer les rémunérations forfaitaires servant au calcul des cotisations applicables à certaines catégories d'assujettis et prescrire les modalités particulières pour leur recouvrement.

Art.20.- 1) Le taux de cotisation afférent à chaque régime est fixé par le texte le régissant en pourcentage des rémunérations soumises à cotisation. Il peut être révisé chaque fois que de besoin selon la même procédure.

2) Le taux de cotisations des régimes de risques professionnels et des prestations familiales est un taux unique ou différentiel selon le choix des sociétaires de l'organisme.

3) Les cotisations des régimes d'assurance-maladie et des pensions sont réparties entre le travailleur et son employeur selon les proportions déterminées par les textes les régissant, la part incombant le travailleur ne pouvant en aucun cas dépasser 40 % du montant de cette cotisation.

4° Les cotisations des régimes des risques professionnels et des prestations familiales sont à charge exclusive de l'employeur.

5° Les taux de cotisations sont fixés de manière que les recettes de chaque régime y compris le produit des placements, permettent de couvrir l'ensemble des dépenses de prestations ainsi que la partie des dépenses d'administration qui s'y rapporte, et de disposer du montant nécessaire à la constitution des diverses réserves et du fonds de roulement.

Art.21.- 1) L'employeur est débiteur de l'ensemble des cotisations dues y compris la part du travailleur qui est précomptée sur le traitement, salaire, pension ou rente au moment de leur versement.

Il verse les cotisations globales dont il est responsable aux dates et selon les modalités fixées par les textes régissant le régime.

2) Une majoration est appliquée aux cotisations qui n'ont pas été acquittées dans le délai prescrit. Cette majoration est calculée et versée dans les conditions fixées par les textes régissant chaque régime.

3) L'employeur est tenu de produire une déclaration soit mensuelle soit trimestrielle indiquant, pour chaque salarié qu'il a occupé au cours du trimestre concerné, le montant total des rémunérations perçues ainsi que la durée du travail effectué.

Cette déclaration est adressée à l'organisme gestionnaire aux dates et selon les modalités fixées par le texte régissant chaque régime.

4) Le défaut de production aux échéances prescrites de la déclaration mensuelle ou trimestrielle donne lieu à l'application d'une majoration dans les conditions fixées par les textes régissant chaque régime.

Art.22.- L'employeur ne peut récupérer à charge de l'assuré le montant des prélèvements qu'il a omis

d'effectuer au moment du paiement de la rémunération, salaire, pension ou rente.

1) La cotisation de l'employeur reste définitivement à sa charge, toute convention contraire étant nulle de plein droit.

2) Si un travailleur est occupé simultanément ou successivement au service de deux ou plusieurs employeurs, chacun de ses derniers retient et verse les cotisations correspondant aux rémunérations que le travailleur a gagnées chez lui.

3) Lorsque les rémunérations soumises à cotisation sont plafonnées, l'organisme détermine la part des cotisations incombant à chaque employeur.

4) Lorsque le montant des salaires devant servir de base au calcul des cotisations n'a pas été communiqué à l'organisme, une taxation d'office provisoire peut être effectuée par ce dernier qui peut notamment se faire communiquer par les services fiscaux, tous renseignements susceptibles de faciliter le contrôle des salaires.

5) Les modalités de la taxation d'office sont déterminées par le texte régissant chaque régime.

Art.23.- Le paiement des cotisations et des majorations de retard est garanti par un privilège sur les biens meubles et immeubles qui prend rang immédiatement après celui qui garantit le paiement des salaires.

Art.24.- 1) Si l'employeur ne s'exécute pas dans les délais prescrits, toute action en poursuite effectuée contre lui est obligatoirement précédée d'une mise en demeure adressée sous forme de lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'invitant à régulariser sa situation dans les quinze jours, ou notifiée par un agent de l'organisme assermenté à cet effet.

2) La mise en demeure peut être interrompue par le recours du débiteur devant le comité de recours gracieux pour contester la réalité ou le montant de la dette, à condition que le recours soit formé dans les quinze jours à compter de l'avis de réception ou de la notification prévue à l'alinéa 1 du présent article.

3) Si la mise en demeure reste sans effet, l'organisme peut, indépendamment de toute action pénale, délivrer une contrainte sous forme d'un relevé des sommes dues à titre exécutoire.

4) Le relevé des sommes dues à titre exécutoire est signifié par toutes voies de droit.

5) Les huissiers font commandements, les saisies et les ventes à l'exception des ventes immobilières, lesquelles sont faites par le notaire.

6) Tous fermiers, locataires, receveurs, agents économiques, banquiers, notaires, avocats, huissiers, greffiers, curateurs représentants et autres dépositaires et débiteurs de revenus, sommes valeurs ou meubles affectés au privilège sont tenus, sur demande qui leur en est faite par pli recommandé émanant de l'organisme, de payer à l'acquit des employeurs redevables et sur le montant des fonds ou valeurs qu'ils doivent ou qui sont entre leurs mains jusqu'à concurrence de tout ou partie des cotisations ou intérêts moratoires dus par ces derniers.

7) Cette demande vaut sommation avec opposition sur les sommes, valeurs ou revenus. A défaut pour ces tiers détenteurs de satisfaire à cette demande, ceux-ci sont poursuivis comme s'ils étaient débiteurs directs. Les modalités d'application de ces dispositions sont déterminées par chaque régime.

8) L'exécution de la contrainte visée à l'alinéa 3 du présent article peut être interrompue par le recours du débiteur devant le tribunal pour contester la réalité ou le montant de la dette, à conditions que le recours soit formé dans le délai de quinze jours à compter de la signification prévue à l'alinéa 4 du présent article.

Art.25.- Pour assurer le fonctionnement de l'organisme et maintenir l'équilibre financier, il est institué un fond de roulement et autant de fonds de réserves que de besoin selon les conditions définies par les textes régissant chaque régime.

Art.26.- Il peut être institué un fonds d'action sanitaire et sociale dont les ressources et leur utilisation seront déterminées par les textes régissant chaque régime.

Art.27.- Une analyse actuarielle de chaque régime est effectuée chaque fois que de besoin et au moins une fois tous les cinq ans. Si l'analyse révèle un danger de déséquilibre financier, il est procédé à toutes mesures susceptibles de rétablir l'équilibre financier du régime notamment le réajustement des taux de cotisation.

Section 3 - Organisation comptable

Art.28.- Les dépenses de l'organisme sont constituées par :

- le paiement des prestations ;
- les frais de fonctionnement ;
- les dépenses d'investissement ;
- les intérêts annuités d'amortissement des dettes ;
- les taxes, contributions, impôts et charges sociales légalement dus.

Art.29.- Les règles relatives aux opérations financières et comptables sont fixées par les statuts de chaque organisme.

Section 4 - Particularités

Art.30.- Les régimes de sécurité sociale portant sur le secteur non structuré pourront prévoir des organes sociaux appropriés, des modalités particulières de calcul et de recouvrement des cotisations, et celles relatives aux opérations financières et comptables.

Titre 2 - Dispositions relatives aux risques couverts et aux prestations

Chapitre 1 - Régime d'assurance maladie maternité

Section 1 - Risques couverts et prestations

Art.31.- 1) L'assurance maladie maternité prend à sa charge, tout état morbide dû à une maladie naturelle, à un accident d'origine non professionnelle, la grossesse, l'accouchement et leurs suites.

2) Elle prend également à sa charge, en cas d'interruption de travail, une indemnité journalière de maladie ou de maternité.

Art.32.- 1) Les prestations comprenant les soins médicaux et les indemnités journalières de maladie ou de maternité.

2) Les non salariés du secteur rural et urbain ne bénéficient pas des indemnités journalières de maladie et de maternité.

Art.33.- Les soins médicaux comprennent :

- les consultations des médecins omnipraticiens ou généralistes ;
- les actes de chirurgie et spécialités pratiquées par les médecins ;
- les actes de chirurgie dentaire ;
- les actes utilisant les radiations ionisantes pratiquées par le médecin ou le chirurgien dentiste, les actes de biologie médicale ;
- les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
- les actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière ;
- les frais d'hospitalisation et de traitement ;
- les frais des accessoires et pansements et autres fournitures ;
- la fourniture de produits pharmaceutiques essentiels ;
- les frais d'appareils de prothèse et d'orthopédie ;
- la fourniture et le renouvellement des lunettes médicales ;
- les frais de transport sur présentation des justificatifs.

Art.34.- 1) En cas d'interruption de travail pour cause de maladie naturelle, d'accident d'origine non professionnelle et de maternité dûment constatée par un médecin agréé, l'assuré a droit à une indemnité journalière ;

2) L'indemnité est accordée pendant la durée d'interruption de travail et n'est payable que si le salaire de l'assuré est suspendu.

3) Le montant de l'indemnité journalière est calculé sur base du salaire mensuel de l'assuré sans qu'il ne puisse être inférieur à deux tiers pour l'indemnité journalière de maladie et cinquante pour cent pour l'indemnité journalière de maternité.

Section 2 - Conditions du service des prestations

Art.35.- Pour bénéficier des soins médicaux du régime assurance maladie maternité, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

- être immatriculé à l'organisme et avoir la carte d'immatriculation ;
- figurer sur la liste des assurés établie mensuellement par l'employeur et transmise à l'organisme.

Art.36.- Pour les ayants droit de l'assuré, les conditions exigées pour bénéficier de soins médicaux sont les suivantes :

- être immatriculé à l'organisme et avoir la carte d'immatriculation ;
- figurer sur la liste des ayants droit de l'assuré établi mensuellement par l'employeur et transmise à l'organisme.

Art.37.- Les soins médicaux sont dispensés par :

- le personnel médical et paramédical des formations sanitaires du Gouvernement ou privées, des œuvres ou associations à caractère philanthropiques ou religieuses agréées par le Ministère de la Santé Publique et conventionnée ;
- le personnel paramédical agréé pour prescrire un certain nombre de médicaments en l'absence de médecin dans une formation sanitaire du gouvernement ou privée, d'une œuvre ou association à caractère philanthropique ou religieux.

Art.38.- La fourniture des produits pharmaceutiques est assurée par les pharmacies du Gouvernement ou privées dans les conditions définies par les conventions conclues avec l'organisme.

Art.39.- Les personnels médical et paramédical disposent de la liberté de prescription des soins médicaux dans le strict respect de la déontologie médicale et du secret professionnel. Toutefois, seuls les médicaments figurant sur une liste établie par ordonnance conjointe du Ministère de tutelle de l'organisme et celui ayant la santé publique dans ses attributions sont pris en charge par l'organisme.

Art.40.- L'organisme ne prend en charge que les soins médicaux dispensés sur le territoire national.

Art.41.- Les soins médicaux dispensés à l'étranger à un assuré ou à des ayants droit ne sont pas pris en charge par l'organisme. Toutefois, ils peuvent être supportés dans le cadre d'un régime complémentaire.

Art.42.- Les soins médicaux pris en charge par l'assurance sont remboursés au fournisseur par l'organisme sur base des tarifs fixés soit par convention, soit par ordonnance du Ministère ayant la Santé Publique dans ses attributions.

Art.43.- Le régime assurance maladie maternité peut prévoir que seule une fraction du coût réel de tous ou de certains des soins médicaux est prise en charge, l'autre fraction étant à charge de l'assuré, sans que cette dernière puisse dépasser 30 %.

Art.44.- Le droit aux soins médicaux est ouvert et conservé dans les délais fixés par le régime assurance maladie maternité

Art.45.- En cas de suspension du contrat par suite de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle, de grossesse ou d'accouchement, l'assuré et ses ayants droit conservent le droit aux soins médicaux dans un délai fixé par le régime assurance maladie maternité. En cas de suspension du contrat suite à d'autres raisons, l'organisme pourra déterminer les délais et le financement de l'assurance.

Art.46.- Les modalités pratiques d'application des conditions du service des prestations notamment les soins médicaux à prendre en charge, les relations qui doivent exister entre les différents partenaires, l'organisme, les fournisseurs de soins et l'assuré sont déterminés par le régime assurance maladie maternité

Chapitre 2 - Régime des risques professionnels

Section 1 - Risques couverts et prestations

Art.47.- Le régime des risques professionnels garanti aux personnes protégées le service des prestations en cas d'accident du travail et de trajet et en cas de maladie professionnelle.

Art.48.- Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu à un travailleur par le fait ou à l'occasion du travail.

Art.49.- Sont également considérés comme accidents du travail :

- a) l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller et retour entre la résidence habituelle ou le lieu où il prend ordinairement ses repas et le lieu où il effectue son travail ou reçoit sa rémunération, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné par un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de l'emploi ;
- b) l'accident survenu pendant les voyages dont les frais sont supportés par l'employeur.

Art.50.- L'employeur est tenu de déclarer à l'organisme, dans un délai à fixer par le texte régissant le régime, tout accident du travail ou de trajet dont sont victimes les salariés occupés dans l'entreprise.

Si la déclaration est rejetée par l'organisme pour motifs de retard, de faute ou négligence de la part

de l'employeur, celui-ci est obligé, sauf cas de force majeure, de prendre en charge l'accident.

Art.51.- 1) Les dispositions relatives aux accidents du travail sont applicables aux maladies professionnelles. La date de la première constatation médicale et la maladie professionnelle est assimilée à la date de la première consultation médicale de la maladie professionnelle est assimilée à la date de l'accident du travail.

2) Est considérée comme maladie professionnelle, tout état pathologique découlant comme conséquence nécessaire du risque spécial inhérent au genre de travail qu'exécute le travailleur ou à l'ambiance dans laquelle il a été contraint de travailler, sur cet état soit déterminé par des agents physiques, chimiques ou biologiques.

3) Les maladies endémiques ou épidémiques locales ne seront considérées comme maladies professionnelles que si elles sont contractées par les personnes chargées de les combattre en raison de leurs fonctions.

4) La liste des maladies professionnelles, les modalités de sa mise à jour et les délais de prise en charge sont établis par ordonnance conjointe des Ministres ayant la Santé publique et la Sécurité Sociale dans leurs attributions.

Art.52.- Les prestations comprennent :

- a) les soins médicaux nécessités par les lésions résultant de l'accident qu'il y ait ou non interruption du travail ;
- b) l'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail ;
- c) la rente ou l'allocation d'incapacité en cas d'incapacité permanente de travail, totale ou partielle ;
- d) l'allocation de frais funéraires et les rentes de survivants en cas de décès.

Art.53.- 1) Les soins médicaux comprennent :

- a) l'assistance médicale, chirurgicale et dentaire y compris les examens radiographiques, les examens de laboratoire et les analyses ;
- b) la fourniture de produits pharmaceutiques et accessoires ;
- c) l'entretien dans un hôpital ou une autre formation médicale ou sanitaire ;
- d) la fourniture, l'entretien et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par les lésions résultant de l'accident et reconnus par le médecin désigné ou agréé par l'organisme indispensable ou de nature à améliorer la réadaptation fonctionnelle ;

- e) la fourniture et le renouvellement des lunettes médicales
- f) la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime ;
- g) le transport de la victime du lieu d'accident à la formation médicale ou sanitaire et à sa résidence.

2) les soins médicaux sont fournis ou supportés par l'organisme. dans ce dernier cas, l'organisme en verse directement le montant aux patients, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements ou centres médicaux publics ou privés agréés par le Ministre ayant la Santé Publique dans des attributions. Le remboursement s'effectue sur base d'un tarif établi soit par convention, soit par ordonnance du Ministre ayant la santé Publique dans ses attributions.

3) Les soins médicaux dispensés à l'étranger à un assuré peuvent être supportés dans le cadre d'un régime complémentaire.

Section 2 - Conditions du service des prestations

Art.54.- 1) En cas d'incapacité temporaire de travail dûment constatée par un médecin agréé, la victime a droit à une indemnité journalière pour chaque jour d'incapacité, ouvrable ou non, à partir du 31ème jour de la date d'accident de travail et du lendemain du jour de l'accident s'il s'agit d'un accident de trajet.

2) Le montant de l'indemnité journalière est calculé sur base de deux tiers du salaire mensuel de la victime.

Art.55.- 1) en cas d'incapacité permanente dûment constaté par un médecin agréé, la victime a droit à :

- a) une rente d'incapacité permanente lorsque le degré de son incapacité est égal à quinze pour cent au moins ;
- b) une allocation d'incapacité versée en une seule fois lorsque le degré de son incapacité est inférieur à 15 pour cent.

2) Le degré de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes et qualifications professionnelles sur base d'un barème officiel des invalidités.

Art.56.- La rente d'incapacité permanente totale est égale à 100 pour cent de la rémunération moyenne de la victime.

1) Le montant de la rente d'incapacité permanente partiel est selon le degré d'incapacité, proportionnel à celui de la rente à la quelle la victime aurait eu droit en cas d'incapacité permanente totale.

2) Le montant de l'allocation d'incapacité est égal à trois fois le montant annuel de la rente définitive correspondant au degré d'incapacité de la victime.

Art.57.- Lorsque le décès de la victime est la conséquence d'un accident de travail, les survivants ont droit aux rentes de survivants et à une allocation de frais funéraires.

Art.58.- L'allocation de frais funéraires est versée à la personne qui a pris à sa charge les frais d'enterrement dont le montant est fixé par les textes régissant le régime.

Art.59.- 1) Les rentes de survivants sont calculées en pourcentage de la rémunération servant de base au calcul de la rente d'incapacité permanente.

2) Le montant total des rentes auxquelles ont droit les survivants de la victime ne peut dépasser le montant de la rente d'incapacité permanente totale à laquelle celle-ci avait ou aurait eu droit. Si le total des rentes calculées dépasse cette limite, chacune des rentes est réduite en proportion.

Art.60.- 1) Les rentes d'incapacités sont toujours considérées à titre temporaire. Toute modification dans l'état de la victime par aggravation ou par atténuation de l'infirmité, dûment constatée par un médecin agréé donne lieu, sur l'initiative de ce dernier ou sur demande de la victime, à une révision de la rente qui sera majorée à partir de la date de l'aggravation, ou réduite ou suspendue à partir du jour d'échéance suivant la notification de la décision de réduction ou de suspension.

2) Si une suspension est intervenue, la reprise du service de la rente commence à dater du premier du mois qui suit celui au cours duquel le nouvel examen est intervenu et cela sans régularisation.

Art.61.- Lorsque les droits de la victime d'un risque professionnel peut, après expiration d'un délai de cinq ans à compter de la date de consolidation, être remplacée en partie par un capital dans les conditions qui sont déterminées par les textes régissant le régime.

Section 3 - Prévention

Art.62.- 1) L'organisme organise une prévention en vue de réduire les risques professionnels. Il concourt à l'application des mesures d'hygiène et de sécurité sur les lieux de travail.

2) L'organisme veille à la réunion et à l'utilisation des statistiques et des résultats des recherches portant sur les risques professionnels.

Art.63.- L'organisme recourt à tous les procédés de publicité et de vulgarisation pour faire connaître les méthodes de prévention.

Art.64.- L'organisme peut consentir aux entreprises des ristournes ou avances en vue de récompenser ou d'inciter toute initiative en matière de prévention.

Les modalités d'application de ces dispositions sont déterminées par les textes régissant le régime.

Chapitre 3 - Régime des pensions

Section 1 - Risques couverts et prestations

Art.65.- Le régime des pensions couvre les risques vieillesse, invalidité et décès.

Art.66.- Le régime des pensions comprend la pension et allocation de la vieillesse, la pension d'invalidité, la pension et allocation des survivants.

Section 2 - Conditions du service des prestations

Art.67.- 1) Le droit à une pension de vieillesse s'ouvre à l'âge de 60 ans en faveur de l'assuré qui remplit les conditions suivantes :

- a) avoir été immatriculé à un régime de pensions depuis au moins 15 ans ;
- b) avoir accompli au moins 60 mois d'assurance au cours des 10 dernières années précédant la date d'admissibilité à la pension.

2) Ces conditions restent valables pour l'assuré qui ouvre dans des conditions particulièrement dures et pénibles et atteint l'âge à fixer par le texte régissant le régime des pensions.

Art.68.- Cinq ans avant l'âge normal d'admissibilité à la pension de vieillesse, l'assuré atteint d'une usure prématurée de ses facultés physiques ou mentales le rendant inapte à exercer une activité salariée, peut demander à bénéficier d'une pension anticipée. Les médecins agréés par l'organisme sont compétents pour déterminer si un assuré est atteint d'une usure prématurée.

Art.69.- L'assuré qui compte au moins douze mois d'assurance et qui ayant atteint l'âge d'admission à la pension de vieillesse prévu à l'article précédent ne remplit pas les autres conditions pour avoir droit à une pension de vieillesse, peut demander à bénéficier d'une allocation de vieillesse sous forme d'un versement unique.

Art.70.- La pension de vieillesse ainsi que la pension anticipée prennent effet le premier jour du mois civil suivant la date à laquelle les conditions requises ont été remplies, à condition que la demande ait été adressée à l'organisme dans un délai de six mois qui suivent la dite date.

Si la demande de pension est introduite après l'expiration de ce délai, la pension prend effet le premier jour du mois civil qui suit la date de réception de la demande.

Art.71.- 1) L'assuré qui devient invalide avant l'âge d'admission à la pension de vieillesse a droit à une pension d'invalidité s'il remplit les conditions suivantes :

- a) avoir accompli au moins 3 ans d'assurances ;
- b) avoir accompli six mois d'assurance au cours des douze derniers mois civils précédant le début de l'invalidité.

2) Nonobstant les dispositions du paragraphe précédent au cas où l'invalidité est due à un accident, l'assuré a droit à une pension d'invalidité à condition qu'il ait occupé un emploi assujéti à l'assurance à la date de l'accident et qu'il ait occupé un emploi assujéti à l'assurance à la date de l'accident et qu'il ait été immatriculé à l'organisme avant cette date.

3) Est considéré comme « invalidité », l'assuré qui, par suite de maladie ou l'accident d'origine non professionnelle, a subi une diminution permanente de 66 % de ses capacités physiques ou mentales dûment certifiées par un médecin agréé par l'organisme.

Art.72.- La pension d'invalidité prend effet soit à la date de la consolidation de la lésion ou de la sta-

bilisation de l'état de l'assuré, soit à l'expiration d'une période de six mois consécutif d'invalidité, si après l'avis du médecin agréé par l'organisme, l'invalidité doit durer probablement encore six autres mois au moins.

Art.73.- La pension d'invalidité est toujours considérée à titre temporaire et peut être révisée aux dates fixées par l'organisme. Elle est remplacée par une pension de vieillesse de même montant lorsque le bénéficiaire atteint l'âge d'admission à la pension.

Art.74.- 1) Le montant de la pension de vieillesse ou d'invalidité de la pension anticipée et de l'allocation de vieillesse est fixé en fonction de la rémunération moyenne, définie comme la trente sixième ou la soixantième partie du total des rémunérations soumises à cotisation au cours des trois ou cinq dernières années précédant la date d'admissibilité à la pension, le choix étant dicté par l'intérêt de l'assuré.

2) Si les trois ou cinq dernières années précédant la date d'admissibilité à la pension n'ont pas été couvertes par l'assurance, la rémunération mensuelle moyenne est définie comme la trente sixième ou la soixantième partie des rémunérations perçues au cours des trois ou cinq dernières civiles précédant la date de cessation d'activité salariée.

3) Si le nombre de mois civils d'assurance est inférieur à trente six, la rémunération mensuelle moyenne s'obtient en divisant le total des rémunérations soumises à cotisation par le nombre de mois civils d'assurance.

4) Pour le calcul du montant de la pension d'invalidité, les années comprises entre l'âge effectif de l'invalidité à la date où la pension d'invalidité prend effet, sont assimilées à des périodes d'assurance à raison de six mois par année.

Art.75.- 1) Le montant mensuel de la pension de vieillesse ou d'invalidité ou de la pension anticipée est égal à trente pour cent de la rémunération mensuelle moyenne. Si le total des mois d'assurance et des mois assimilés dépasse cent quatre vingt, le pourcentage est majoré de deux pour cent pour chaque période d'assurance ou assimilée de douze mois au-delà de cent quatre vingt mois.

2) Le montant mensuel de la pension de vieillesse ou d'invalidité ou de la pension anticipée ne peut en aucun cas être inférieur à 60 pour cent du salaire mensuel minimum légal le plus élevé du territoire national correspondant à une durée de travail ré-

glementaire. Ce montant minimum ne peut cependant pas dépasser 80 pour cent de la rémunération mensuelle moyenne de l'assuré calculé conformément au paragraphe 1 de l'article précédent.

3) Le montant de l'allocation de vieillesse est égal à autant de fois la rémunération mensuelle moyenne de l'assurée que celui-ci compte de période de douze mois d'assurance.

Art.76.- En cas de décès du titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou d'une pension anticipée, ainsi qu'en cas de décès d'un assuré qui, à la date de son décès, remplissait les conditions requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou qui comptait cent quatre vingt mois d'assurance, les suivants ont droit à une pension de survivants.

Art.77.- les pensions de survivants sont calculées en pourcentage de la pension de vieillesse ou d'invalidité ou de la pension anticipée à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit à la date de son décès. Les pourcentages sont fixés par les textes régissant le régime.

Le montant total des pensions de survivants ne peut excéder celui de la pension à laquelle l'assuré avait ou aurait droit ; si le total dépasse ledit montant, les pensions de survivants sont réduites proportionnellement.

En cas de remariage, le conjoint survivant perd son droit à la pension de survivant.

Art.78.- Si l'assuré ne pouvait prétendre à une pension d'invalidité et comptait moins de cent quatre vingt mois d'assurance à la date de son décès, les ayants droit bénéficient d'une allocation de survivant versée en seule fois, d'un montant calculé en pourcentage de l'allocation de vieillesse à laquelle l'assuré aurait pu prétendre s'il avait atteint l'âge de la retraite au moment du décès.

Chapitre 4 - Régime des prestations familiales

Section 1 - Eventualité couverte et prestations

Art.79.- Le régime des prestations familiales couvre des charges inhérentes à la naissance d'enfants de l'assuré social.

Art.80.- Les prestations familiales comprennent :

- l'allocation familiale.

Section 2 - Conditions du service des prestations

Art.81.- Toute personne assujettie au régime bénéficiaire des allocations familiales pour chacun des enfants à charge qui sont inscrits au registre de l'état civil.

Art.82.- Chaque enfant ne peut donner droit qu'à une seule allocation familiale à charge du régime.

Art.83.- L'allocation familiale est fixée en pourcentage du salaire mensuel servant de base au calcul des cotisations. Elle est déterminée en fonction du nombre d'enfants à charge et de leurs conditions de vie familiales.

Titre 3 - Dispositions communes et diverses

Chapitre 1 - Dispositions relatives aux prestations

Art.84.- Les modalités d'affiliations des employeurs, d'immatriculation des travailleurs, de perception des cotisations, de liquidation et du service des prestations, ainsi que les obligations qui incombent aux employeurs et aux travailleurs sont fixées par les textes régissant chaque régime.

Art.85.- Le titulaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité, qui selon un certificat médical délivré par un médecin agréé par l'organisme a besoin de façon constante de l'aide et des soins d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante, a droit à un supplément égal à 50 pour cent du montant de sa rente ou de sa pension.

Art.86.- Pour pondérer les effets d'une évolution économique financière défavorable, les montants des paiements périodiques en cours attribués au titre des rentes et des pensions peuvent être revalorisées compte tenu des possibilités financières par chaque régime.

Art.87.- 1) Le droit aux indemnités journalières de maladie, de maternité, d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à l'allocation de frais funéraires et au remboursement des factures acquit-

tées pour des soins médicaux se prescrit par douze mois à compter de la constatation de la maladie professionnelle, du jour de l'accident du travail, du décès et de la fourniture des soins.

2) Le droit aux prestations familiales est prescrit par deux ans à compter de la date de la première constatation médicale de la grossesse.

3) Le droit aux rentes et allocations d'incapacité, aux rentes de survivants est prescrit par cinq ans à compter du jour où toutes les conditions de fond et de forme sont réunies pour pouvoir y prétendre.

4) Le droit aux pensions et allocations de vieillesse et de survivants est prescrit par dix ans à compter du jour où toutes les conditions de fond et de forme sont réunies pour pouvoir y prétendre.

Art.88.- Les prestations de sécurité sociale ne peuvent être saisies et ne sont cessibles qu'en vertu d'un jugement rendu par les juridictions compétentes.

Art.89.- La compensation entre les prestations dues par un organisme de sécurité sociale au bénéficiaire et les sommes dues par celui-ci au premier à titre de remboursement du paiement indûment obtenu par lui est étalée dans le temps, compensation qu'à concurrence d'un cinquième.

Toutefois en cas de fraude, la compensation s'opère sans restriction.

Art.90.- Au sein d'un même régime, le droit aux prestations peut être suspendu dans les cas ci-après :

- 1° si, la suite d'un accident du travail, la victime a droit simultanément à une rente d'incapacité permanente et à une pension d'invalidité, le versement de la pension d'invalidité est suspendu jusqu'à concurrence du montant de la rente d'incapacité permanente.
- 2° si à la suite du décès d'un assuré résultant d'un accident du travail, les survivants ont droit simultanément à une rente et à une pension de survivants, le versement de cette dernière est suspendu jusqu'à concurrence du montant de la rente de survivants.
- 3° en cas de cumul de deux pensions ou rentes, le titulaire a droit à la totalité de la pension ou de la rente dont le montant est plus élevé et à la moitié de l'autre pension ou rente.
- 4° le cumul entre une pension anticipée et celle d'invalidité n'est pas admis.

Art.91.- 1) Le bénéfice des droits aux prestations des régimes de pensions et risques professionnels est protégé et conservé lorsqu'une personne y assujettie change successivement ou alternativement de secteur public, parapublique, privé, informel et des indépendants.

2) Pour la protection, la continuité et la conservation du droit aux prestations, il a procédé à la totalisation des périodes d'assurances accomplies dans chaque secteur aux fins de la détermination des droits ouverts sous l'application des dispositions de chaque régime.

3) L'organisme payeur percevra les cotisations afférentes aux périodes d'assurance accomplies dans chaque secteur. Ces cotisations seront majorées d'intérêt dont le taux sera déterminé par chaque régime de sécurité sociale.

Art.92.- 1) Le droit aux prestations prévues en matière de risques professionnels n'est pas reconnu à l'assuré lorsque son état d'invalidité ou d'incapacité de travail et l'aggravation de cet état trouve sa source :

- a) dans un accident lui survenu à la suite d'excès de boisson ou d'usage de stupéfiant ;
- b) dans un accident lui survenu à l'occasion de la pratique d'un sport dangereux, d'un exercice violent pratiqué au cours ou en vue d'une compétition ou d'une exhibition, sauf lorsque ceux-ci sont organisés par l'employeur ;
- c) dans les faits de guerre.

2) les prestations sont réduites de moitié lorsque l'incapacité de travail est conséquence d'une faute inexcusable commise par l'assuré. Elles sont supprimées en cas de faute intentionnelle de l'assuré.

3) Le droit aux prestations prévues en matière de risques professionnels reste maintenu en faveur des survivants si les événements précités ont entraîné la mort de l'assuré.

Art.93.- Les prestations du régime d'assurance maladie maternité et de celui des risques professionnels sont suspendues :

- 1° lorsque le titulaire ne réside pas sur le territoire national, sauf dans les cas couverts par des accords de réciprocité ou les conventions internationales dûment ratifiées par le Burundi.
- 2° lorsqu'il néglige d'utiliser les services médicaux mis à sa disposition ou n'observe pas les règles prescrites pour la vérification de l'existence de son incapacité de travail ou de sa maladie.

Art.94.- 1) Lorsque l'événement ouvrant le droit aux prestations de maladie maternité, de risques professionnels et de pensions est due à la faute d'un tiers, l'organisme doit verser à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par chaque régime.

2) L'assuré ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable le droit de réclamer, conformément au droit commun, la réparation intégrale du préjudice causé.

3) L'organisme est subrogé de plein droit à l'assuré ou à ses ayants droit :

- en ce qui concerne les rentes et pensions, pour le montant des capitaux constitutifs correspondants calculés conformément aux barèmes prévus par les dispositions régulièrement prises en la matière ;
- en ce qui concerne les autres prestations pour le montant des sommes légalement versées à l'assuré ou à ses ayants droit

Art.95.- 1) Tout assuré ou ayant droit qui intentera une action à charge du tiers responsable en vertu du droit commun, devra obligatoirement en informer l'organisme et préciser dans son assignation sa qualité d'assuré ou d'ayants droit.

2) L'organisme est habilité à se constituer partie civile devant les tribunaux répressifs, alors même que la victime néglige de faire valoir ses droits.

3) En cas de désaccord entre l'organisme et la décision judiciaire sur le taux d'incapacité permanente de la victime, le tiers ne sera tenu à l'égard du régime que dans la limite de l'évaluation judiciaire.

4) Le règlement amiable éventuellement intervenu entre le tiers responsable et l'assuré ou ses ayants ne pourra être opposé à l'organisme que s'il avait été dûment invité à participer à ce règlement.

Chapitre 2 - Dispositions relatives aux contrôles, litiges sanctions et dissolution

Art.96.- 1) Le contrôle de l'application par les employeurs, des dispositions du présent Code et de ses mesures d'exécution est assuré par les inspecteurs du travail.

2) Les inspecteurs du travail, munis des pièces justificatives sont habilités à procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant

l'exécution des obligations des employeurs en matière de sécurité sociale.

3) Les employeurs sont tenus de recevoir et à toute époque les inspecteurs du travail et leur prêter concours. Les oppositions ou obstacles à la mission de ces derniers sont passibles des peines prévues à l'article 293 du Code du travail.

Art.97.- 1) Les litiges auxquels donne lieu l'application des dispositions du Code de sécurité sociale visant les assurés, les employeurs, l'organisme, à l'exception des affaires pénales et des litiges qui appartiennent exclusivement par leur nature à un autre contentieux, sont de la compétence du Tribunal dans le ressort duquel se trouve le domicile de l'assuré ou le siège social de l'employeur intéressé.

2) Les cotisations d'ordre médical relatif à l'état de l'assuré, notamment la date de consolidation des lésions, le taux d'incapacité permanente, l'existence ou la gravité de l'invalidité, l'existence d'une usure prématurée des facultés physiques ou mentales, donnent lieu à l'application d'une procédure d'expertise.

Ces contestations sont soumises à une commission médicale désignée par le Ministre ayant la Santé Publique dans ses attributions.

3) L'avis de la commission médicale n'est pas susceptible de recours et il s'impose à l'assuré comme à l'organisme.

Art.98.- 1) Avant d'être soumises au Tribunal du Travail, les contestations formées contre les décisions de l'organisme sont obligatoirement portées devant le comité de recours gracieux.

2) Le comité de recours gracieux statue et notifie sa décision aux requérants.

3) Les requérants disposent d'un délai de deux mois à compter de la date de la notification de la décision du comité de recours gracieux pour se pourvoir devant le tribunal du travail dans délai prévu au paragraphe précédent ; ce délai commence à courir à compter de la date du rejet implicite de la demande.

4) Lorsque aucune décision n'a été notifiée au requérant dans les délais de deux mois suivant la date de sa contestation, celui-ci peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant le tribunal du travail dans un délai prévu au paragraphe

précédent ce délai commence à courir à compter de la date du rejet implicite de la demande.

Art.99.- L'employeur, qui a retenu par dévers lui, indûment, les cotisations de l'assuré est passible d'une amende dont le montant sera fixé par chaque régime.

Art.100.- Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas fixé par chaque régime, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il échet. Il sera outre tenu de rembourser à l'organisme les sommes indûment payées.

Art.101.- 1) L'action publique résultant d'une infraction de l'employeur ou de son préposé, de l'assuré ou de son ayant droit est prescrite par douze mois à compter de la date du constat de l'infraction.

2) l'action civile en mouvement des cotisations ou des majorations de retard dues par un employeur, intentée indépendamment ou après extinction de l'action de l'action publique est prescrite par cinq ans à compter de la date indiquée à l'alinéa 1 du présent article.

3) l'action civile en recouvrement des prestations dues par le responsable du risque professionnel ou son assureur est prescrite par cinq ans à compter de la date de la réclamation du remboursement.

Art.102.- Tout organisme de sécurité sociale prend fin par un jugement de mise en liquidation ou par toute autre cause prévue dans les statuts de chaque régime.

Titre 4 - Dispositions transitoires et finales

Art.103.- Les rentes, les pensions et autres prestations liquidées avant la promulgation de la présente loi continueront à être servies aux bénéficiaires dans les conditions et pour les montants fixés dans leurs décisions d'attribution.

Art.104.- Les régimes antérieurement institués sont tenus de procéder à la mise en harmonie des textes les régissant avec le Code de la sécurité avant le délai d'une année à compter de la date d'entrée en vigueur du présent Code.

Art.105.- La mise en harmonie a pour objet d'abroger, de la présente loi dans un délai prescrit, les dispositions contraires aux dispositions impératives de la loi et de leur apporter les compléments que le présent Code rend obligatoires.

Art.106.- A défaut de mise en harmonie avec les dispositions de la présente loi dans le délai prescrit, les dispositions contraires seront réputées non écrites à compter de cette date.

Art.107.- L'institution des régimes complémentaires, particuliers ou spéciaux tels que prévus à l'article 9 du présent Code pourra se faire soit par

entreprise, soit par groupe d'entreprises soit par toute autre organisation et ce en harmonie avec les dispositions du présent Code.

Art.108.- Toutes dispositions antérieures et contraires sont abrogées.

Art.109.- Les Ministres de tutelle des organismes de Sécurité Sociale, des Finances, de la santé Publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent Code.

Art.110.- La présente loi entre en vigueur le jour de sa promulgation.