

REPUBLIQUE DU BURUNDI



CABINET DU PRESIDENT

LOI N°1/12 DU 12 MAI 2020 PORTANT CODE DE LA PROTECTION SOCIALE
AU BURUNDI

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Vu la Constitution de la République du Burundi ;

Vu la Loi n°1/012 du 6 juillet 1987 portant Ratification de l'Amendement à la Convention Générale de Sécurité Sociale entre le Burundi, le Rwanda et la République du Zaïre ;

Vu la Loi n°1/002 du 29 février 2000 portant Institution d'un Régime d'Assurance-Maladie-Maternité pour le Secteur Privé Structuré ;

Vu la Loi n°1/05 du 10 septembre 2002 portant Réforme du Régime d'Assurance-Maladie-Maternité des Agents Publics et Assimilés ;

Vu la Loi n°1/011 du 29 novembre 2002 portant Réorganisation des Régimes des Pensions et des Risques Professionnels en faveur des Travailleurs Régis par le Code du Travail et Assimilés ;

Vu la Loi n°1/09 du 17 mars 2005 portant Distinction des Fonctions Politiques des Fonctions Techniques ;

Vu la Loi n°1/42 du 30 décembre 2006 portant Ratification du Traité portant Création de la Communauté Est Africaine ;

Vu la Loi n°1/04 du 27 janvier 2010 portant Réorganisation des Régimes des Pensions et des Risques Professionnels des Fonctionnaires, Magistrats et Agents de l'Ordre Judiciaire ;

Vu la Loi n°1/02 du 7 janvier 2014 portant Code des Assurances au Burundi ;

Vu la Loi n°1/27 du 29 décembre 2017 portant Révision du Code Pénal ;

Vu le Décret-loi n°1/145 du 21 octobre 1971 portant Institution d'un Régime d'Allocations Familiales au Profit des Travailleurs et Apprentis ;

Vu le Décret-loi n°1/23 du 26 juillet 1988 portant Cadre Organique des Etablissements Publics Burundais ;

Vu le Décret-loi n°1/20 du 29 juillet 1991 portant Conditions de Participation des Etablissements Publics Burundais au Capital Social d'Autres Entreprises ;

Vu le Décret-loi n°1/037 du 7 juillet 1993 portant Révision du Code du Travail du Burundi ;

Revu la Loi n°1/010 du 16 juin 1999 portant Code de la Sécurité Sociale ;

Le Conseil des Ministres ayant délibéré ;

L'Assemblée Nationale et le Sénat ayant adopté ;

PROMULGUE :

TITRE I : DES DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : DE L'OBJET ET DU CHAMP D'APPLICATION

Article 1 : La présente loi institue un Code de la protection sociale au Burundi.

Les lois spécifiques régissent chaque régime de protection sociale.

Article 2 : Les dispositions de la présente loi s'appliquent à l'ensemble des secteurs d'activités économiques ainsi qu'aux professions qui s'exercent sur le territoire national.

CHAPITRE II : DES PRINCIPES FONDAMENTAUX

Article 3 : Le système de protection sociale couvre la population contre les risques économiques et sociaux déterminés par les pouvoirs publics conformément aux normes internationales.

Article 4 : Toute personne a droit à la protection sociale, à la satisfaction des droits économiques et au libre développement de sa responsabilité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale.

Article 5 : Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille notamment, par l'alimentation, l'habillement et le logement décent.

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.

Article 6 : Le Gouvernement doit assurer le respect des droits et devoirs prévus par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, des 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.

Article 7 : Les régimes de protection sociale contributive couvrent les régimes de base, les régimes complémentaires, les régimes spéciaux ainsi que les régimes facultatifs.

Les régimes de protection sociale non contributive couvrent les programmes d'assistance sociale et les services d'action sociale en faveur des ménages et des personnes vulnérables.

CHAPITRE III : DE LA DEFINITION DES CONCEPTS

SECTION 1 : Des concepts généraux

Article 8 : Au sens de la présente loi, on entend par :

1. **action sociale et sanitaire**, l'ensemble d'activités et d'actions concourant à améliorer l'état social et sanitaire de la population pouvant inclure les activités relatives à l'animation et à l'encadrement social afin d'accéder aux soins de santé de qualité ;
2. **assuré social**, 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 ;
3. **ayants-droit**, les personnes admises à prétendre à des prestations prévues par la présente loi, sont : le conjoint non divorcé ; les enfants à charge ; les ascendants directs jusqu'au premier degré, à défaut du conjoint ou des enfants ;
4. **épargne**, le système par lequel un individu prélève une partie de son revenu pour l'affecter à la garantie d'éventuels risques ;
5. **enfants à charge**, 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 ; la limite d'âge est portée à 21 ans s'il est en apprentissage ou s'il poursuit des études dans un établissement de plein exercice ou à condition qu'il ne soit pas dans un lien de mariage. 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 de lui apporter un revenu. L'état d'incapacité doit être prouvé par un certificat médical et se matérialiser par le fait de ne pas exercer dans un but lucratif une profession indépendante ; de ne pas être tenu dans les liens d'un mariage et de ne pas avoir été adopté par autrui ;

6. **faute inexcusable**, une faute d'une gravité exceptionnelle, dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience du danger que devait avoir son auteur, en l'absence de toute cause justificative et se distinguant par défaut d'un élément intentionnel de la faute intentionnelle ;
7. **garantie de l'Etat**, la responsabilité de l'Etat d'assurer que la prestation prévue par la loi d'un régime de protection sociale soit servie au prestataire même en cas de faillite du régime ;
8. **incapacité**, une réduction temporaire ou permanente de certaines facultés ou fonctions physiques ou mentales chez une personne ;
9. **invalidité**, une réduction partielle ou totale des capacités physiques ou mentales de l'assuré ;
10. **membres de la famille**, les personnes vivant principalement à charge de l'assuré. Il s'agit du conjoint non divorcé et des enfants à charge du travailleur ;
11. **protection sociale**, un ensemble de mesures publiques ou privées visant à réduire la pauvreté et les vulnérabilités économiques et sociales. Il concourt à assurer à la population une sécurité minimale de revenus, à faciliter l'accès aux services sociaux de base et à aider les ménages à mieux gérer les risques auxquels ils sont confrontés ;
12. **secteurs d'activité économique**, l'ensemble d'activités assumées par des personnes physiques ou morales de droit public ou privé, rural ou urbain afin de satisfaire leurs besoins grâce à la production de biens ou de services ;
13. **subrogation**, un mode de transmission des créances. C'est une opération juridique triangulaire. Le titulaire d'un droit de créance, appelé le subrogeant, transmet au bénéficiaire de la subrogation, appelé le subrogataire, la créance que le premier détient sur un tiers qui est son propre débiteur, dit le subrogé. Elle peut être fondée sur une disposition légale (subrogation légale) ou sur un contrat (subrogation conventionnelle) ;
14. **travailleur**, toute personne physique, quels que soient son âge, son sexe et sa nationalité, qui s'est engagée auprès d'un employeur, dans les lieux d'un contrat de travail ;
15. **travailleurs domestiques**, un personnel astreint aux travaux domestiques et assimilés.



SECTION 2 : Des concepts spécifiques à la protection sociale contributive

Article 9 : Au sens de la présente loi, les concepts spécifiques à la protection sociale contributive suivants sont définis comme suit :

1. **affiliation**, le lien qui existe entre l'assuré social et un organisme de sécurité sociale qui est susceptible de lui verser des prestations ;
2. **allocation**, une prestation en espèces attribuée par un organisme pour des raisons sociales;
3. **apprenti**, toute personne, sans distinction de sexe, admise dans une entreprise, un établissement, chez un artisan ou façonnier, dans le but d'acquérir des connaissances professionnelles, théoriques et pratiques lui permettant d'entrer dans la vie active ;
4. **assujettissement**, le fait pour une personne d'entrer dans le champ d'application d'un régime de sécurité sociale, en raison de sa situation professionnelle ou familiale ;
5. **assurance privée**, un système de protection social ; géré par des acteurs non étatiques, fonctionnant sur une base lucrative, en vue de la couverture d'un risque social ;
6. **chômage**, une perte involontaire et prolongée d'un emploi rémunéré ;
7. **confédération**, un regroupement de fédérations de mutuelles sociales ayant une identité d'objet sur une base géographique ou professionnelle ;
8. **consolidation**, la stabilisation de la lésion corporelle résultant d'un accident du travail ; la consolidation marque la fin du versement des indemnités journalières et le point de départ de la rente d'incapacité ;
9. **cotisation sociale**, une contribution financière obligatoire ou volontaire d'un affilié destinée au financement d'un régime de protection sociale ;
10. **fédération**, un regroupement d'unions de mutuelles sociales ayant une identité d'objet sur une base géographique ou professionnelle ;
11. **immatriculation**, l'opération administrative qui constate la qualité d'assuré social par l'attribution d'un numéro d'identification
12. **maladie à caractère professionnel**, toute maladie caractérisée, non désignée dans un tableau de maladie professionnelle lorsqu'il est établi, par le médecin conseil, le médecin traitant et les experts désignés, qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime ;

13. **maladie professionnelle**, toute maladie contractée du fait du travail figurant dans un tableau établi à cet effet ;
14. **médecin conseil**, un médecin ou groupe de médecins habilités par l'organisme de gestion d'un régime de protection sociale pour agir en son nom en matière médicale ;
15. **mois d'assurance**, tout mois au cours duquel l'assuré social a occupé pendant quinze jours au moins, un emploi assujéti à l'assurance ;
16. **mutuelle sociale**, un groupement de personnes physiques qui, au moyen de leurs cotisations et dans un but de protection sociale, d'entraide, de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, a pour but d'assurer des prestations dans le sens du présent Code ;
17. **organisme de sécurité sociale**, une structure créée par la loi ou par une Convention des parties pour administrer un régime de sécurité sociale ;
18. **pension de base ou complémentaire**, une somme versée à un individu par un organisme de manière régulière ou sous forme d'un capital à titre d'un revenu de remplacement ;
19. **plafond**, un revenu maximum à prendre en compte pour le calcul des cotisations et prestations des assurés ;
20. **plancher**, revenu minimum à prendre en compte pour le calcul des cotisations et des prestations des assurés ;
21. **prestations**, les services fournis dans le cadre de la protection sociale tels les pensions, les rentes, les allocations en nature ou en espèces, les soins et services médicaux fournis y compris le remboursement des frais déboursés en faveur d'une personne protégée ;
22. **protection sociale contributive**, un dispositif de protection sociale prévoyant l'offre de prestations de protection sociale à une personne, conditionnée par une cotisation préalable au cours de sa vie active ;
23. **régime complémentaire**, un ensemble des droits et obligations complémentaires permettant aux membres adhérents, régis par le droit commun, de se constituer un complément de prestations personnalisées ;
24. **régime de sécurité sociale**, l'ensemble de dispositions fixant les droits et les obligations d'une catégorie de personnes au regard de la sécurité sociale et selon la nature de leur activité professionnelle ;



25. **risque social**, tout événement inhérent à la vie en société qui entraîne, pour celui qui le subit, une baisse de ses revenus tels la maladie, le chômage, la vieillesse, l'accident du travail, les maladies professionnelles, l'invalidité et le décès ;
26. **structure faitière**, une structure regroupant plusieurs mutuelles sociales ou plusieurs regroupements de mutuelles sociales ;
27. **ticket modérateur**, 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 ;
28. **tiers-garant**, le système d'octroi des prestations de l'assurance maladie-maternité où l'assuré est obligé d'avancer les frais au fournisseur des prestations pour se faire rembourser ensuite par son organisme, après déduction du ticket modérateur ;
29. **tiers-payant**, le système d'octroi des prestations de l'assurance maladie-maternité 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 ;
30. **tiers-responsable**, toute personne qui n'est liée par aucun rapport de subordination avec l'employeur de la victime au moment de l'accident ;
31. **travailleur étranger**, tout travailleur n'ayant ni la nationalité burundaise ni la qualité de citoyen d'un Etat membre de la Communauté Est Africaine ;
32. **travailleur indépendant**, un travailleur autonome qui est propriétaire et est son propre employé ;
33. **travailleur mobile**, un travailleur qui n'a pas d'installation fixe, ayant un lien de subordination et qui va d'un secteur de travail à un autre ;
34. **union de mutuelles sociales**, un regroupement de mutuelles sociales ayant une unité d'objet sur une base géographique ou professionnelle.

SECTION 3 : Des concepts spécifiques à la protection sociale non contributive

Article 10 : Les concepts spécifiques à la protection sociale non contributive sont définis comme suit :

1. **bénéficiaire**, une personne ou un ménage recevant une prestation sociale ;

2. **ciblage**, le processus de définir, identifier et atteindre les bénéficiaires visés par un programme d'assistance sociale ;
3. **demandeur**, une personne qui demande une assistance sociale pour elle-même ou pour une autre personne dans le respect de la loi ;
4. **protection sociale non contributive**, dispositif de protection sociale prévoyant l'offre de prestations de protection sociale à une personne, non conditionnée par une cotisation préalable. Les mécanismes de protection sociale non contributive sont notamment l'aide sociale ou l'assistance sociale, les transferts sociaux, les filets sociaux de sécurité ;
5. **registre social commun** ou **registre commun** ou **registre social unique** ou **registre social unifié**, un registre, alimenté par le système de ciblage qui permet l'enregistrement en un seul endroit des caractéristiques de tous les ménages visés par des programmes d'assistance sociale ;
6. **vulnérabilité**, la probabilité de tomber dans la privation à la suite d'un choc naturel ou social.

CHAPITRE IV : DU CADRE INSTITUTIONNEL, DE LA GOUVERNANCE ET DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

SECTION 1 : Du cadre institutionnel de la protection sociale

Article 11 : La définition et la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale sont de la compétence de l'Etat.

Article 12 : L'Etat met en place un organe national chargé de coordonner la mise en œuvre de la Politique Nationale de Protection Sociale.

Article 13 : Il est créé une autorité de régulation des programmes et des systèmes de protection sociale.

Les missions, l'organisation et le fonctionnement de l'autorité de régulation sont déterminés par décret.

SECTION 2 : De la gouvernance de la protection sociale

Article 14 : Pour assurer sa mission de contrôle et de régulation des programmes et des organismes de protection sociale, l'Autorité de régulation met en place en son sein, des services chargés d'élaborer des normes pertinentes pour la bonne gouvernance.

Article 15 : Pour veiller à la mise en application des lois, des règlements et des directives de l'organe national de protection sociale, et dans le but de protéger les intérêts des assurés sociaux, toutes les décisions des conseils d'administration des organismes de protection sociale sont envoyés à l'autorité de régulation pour donner un avis à transmettre au Ministre de Tutelle.

Article 16 : Sur proposition du Ministre ayant la protection sociale dans ses attributions, les organismes de protection sociale se mettent ensemble en concertation avec l'autorité de régulation pour analyser les modalités de mise en commun de certains services notamment le service juridique, statistiques, informatiques, actuariat, recouvrement.

Article 17: Il est institué un registre social unique destiné à l'identification et à la gestion des bénéficiaires des programmes de protection sociale.

Un texte réglementaire précise les modalités de fonctionnement et de gestion du registre social unique.

SECTION 3 : Du financement de la protection sociale

Article 18 : Le financement de la protection sociale contributive est assuré par des cotisations sociales, des contributions de l'Etat et d'autres sources de financement.

Article 19 : Le financement de la protection sociale non contributive est assuré par l'Etat à travers le Fonds d'appui à la protection sociale et toute autre source de financement dans le cadre de la coopération ou du partenariat.

Article 20 : L'Etat assure la garantie des régimes de sécurité sociale.

TITRE II : DE LA PROTECTION SOCIALE CONTRIBUTIVE

CHAPITRE I : DES DISPOSITIONS COMMUNES

Article 21 : Sont assujettis à tout ou partie d'un ou des régimes de base ou à des régimes complémentaires et spéciaux :

1. les membres des professions libérales et des œuvres à caractère philanthropiques ou religieux ;
2. les élèves des établissements d'enseignement technique professionnel et artisanal, les personnes placées dans les centres de formation, de réadaptation et de rééducation professionnelle ;
3. les étudiants de l'enseignement supérieur ainsi que les élèves de l'enseignement fondamental et post-fondamental ;



Handwritten signature or mark.

4. les bénéficiaires des pensions et rentes ;
5. les agriculteurs, éleveurs, pêcheurs ;
6. les artisans et les commerçants ;
7. les travailleurs du secteur rural et urbain ;
8. les ayants-droit des personnes visées aux points 1 à 7.

Les modalités particulières d'application des dispositions du présent Code relatives aux personnes visées à l'alinéa premier sont déterminées par la loi.

CHAPITRE II : DES REGIMES DE BASE

SECTION 1 : Des dispositions communes aux régimes de base

Article 22 : Les régimes de base comprennent :

1. le régime d'assurance maladie de base chargé du service des prestations de soins médicaux et des indemnités de maladie ;
2. le régime des risques professionnels assurant le service des prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
3. le régime des pensions assurant le service des prestations de vieillesse, d'invalidité et le service des prestations aux survivants ;
4. le régime des prestations familiales assurant le service des prestations familiales et des indemnités de maternité ;
5. le régime d'assurance chômage assurant des prestations en cas de perte d'emploi.

Article 23: Les régimes de base ont pour le champ d'application ci-après :

1. tous les travailleurs salariés soumis aux dispositions du Code du Travail ;
2. les mandataires publics et politiques ;
3. les membres des corps de défense et de sécurité ;
4. les fonctionnaires, les magistrats et les agents de l'ordre judiciaire ;
5. les membres des professions indépendantes et libérales ;
6. les opérateurs économiques du secteur informel ;



7. les apprentis liés par un contrat d'apprentissage ;
8. les stagiaires liés ou non par un contrat de travail, employés dans une entreprise ou détachés dans une école professionnelle ;
9. les travailleurs burundais ou ressortissants de la Communauté Est Africaine 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 ;
10. les travailleurs étrangers, employés occupés par une entreprise située à l'étranger et qui sont détachés sur le territoire du Burundi afin d'y effectuer un travail pour le compte de cette entreprise et à condition que la durée prévisible excède six mois ;
11. les agents de la coopération bilatérale et multilatérale à l'exclusion de ceux qui effectuent au Burundi une mission temporaire inférieure à trois mois.

Les dispositions des points 7, 9, 10 et 11 s'appliquent sous réserve des accords de réciprocité, des conventions internationales ratifiés par le Burundi ou des conventions particulières entre les organismes de sécurité sociale, à moins que ces instruments ne prévoient une protection inférieure à celle prévue par ces dispositions.

SECTION 2 : Du régime d'assurance maladie

2.1. Risques couverts et prestations

Article 24 : Le régime d'assurance maladie prend à sa charge, tout état morbide dû à une maladie naturelle ou à un accident d'origine non professionnelle.

Article 25 : Les prestations comprennent les soins médicaux et les indemnités journalières de maladie en cas d'interruption de travail pour les travailleurs salariés, les frais de transport sur présentation des justificatifs médicaux.

Les non-salariés ne bénéficient pas d'indemnités journalières de maladie, à moins que leur régime spécifique ne le prévoie.

Article 26 : Pour le régime d'assurance-maladie de base, les soins médicaux comprennent notamment les soins définis comme de base par le ministère de la santé publique.

En cas d'état morbide, le paquet de base comprend notamment :

- les consultations des médecins omnipraticiens ou généralistes ;
- les actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par les médecins ;



- les examens, soins et actes de chirurgie dentaire ;
- les actes utilisant les radiations ionisantes pratiquées par le médecin ou le chirurgien-dentiste, les actes de biologie médicale et de radiographie ;
- 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, les prothèses dentaires ;
- la fourniture et le renouvellement des lunettes médicales ;
- les frais de transport, sur présentation des justificatifs.

La gamme des prestations peut être complétée par une ordonnance conjointe du Ministre en charge de la santé publique et du Ministre ayant la tutelle de l'organisme dans ses attributions.

Article 27 : En cas d'interruption de travail pour cause de maladie naturelle, d'accident d'origine non professionnelle dûment constatée par un médecin agréé par l'organisme, l'assuré a droit à une indemnité journalière.

L'indemnité est accordée pendant la durée d'interruption de travail dont le maximum est fixé par le code du travail et n'est payable que si le salaire de l'assuré est suspendu.

Le montant de l'indemnité journalière est calculé sur base du salaire mensuel de l'assuré faisant l'objet d'assiette de cotisations sans qu'il ne puisse être inférieur à deux tiers.

2.2. Des conditions du service des prestations

Article 28 : Pour bénéficier des soins médicaux, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

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



Si l'assuré ne se trouve pas sur la liste, il pourra établir par toute preuve à sa portée sa qualité d'assuré.

Article 29 : Pour bénéficier des soins médicaux, les ayants-droit doivent remplir l'une des conditions suivantes :

1. être immatriculé à l'organisme et avoir la carte d'immatriculation en cas de décès de l'assuré ;
2. figurer sur la liste des ayants-droit de l'assuré établie régulièrement par l'employeur, sur base d'un document de l'état-civil et transmise à l'organisme gestionnaire du régime.

Article 30 : Les soins médicaux sont dispensés par le personnel médical et paramédical des formations sanitaires publiques, privées ou conventionnées par le Ministre ayant la santé publique dans ses attributions, dans la limite de leurs compétences respectives ;

Article 31 : La fourniture des produits pharmaceutiques est assurée par les pharmacies publiques ou privées dans les conditions définies par les conventions conclues avec l'organisme gestionnaire du régime.

Article 32 : Le personnel médical et paramédical dispose 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 la liste établie par une ordonnance conjointe des Ministres ayant respectivement la tutelle de l'organisme et la santé publique dans leurs attributions, sont pris en charge par l'organisme gestionnaire du régime.

Le ministère ayant le travail dans ses attributions est consulté lors de l'élaboration de la liste.

Article 33 : L'organisme d'assurance-maladie de base ne prend en charge que les soins médicaux dispensés sur le territoire national.

Des régimes complémentaires peuvent être organisés en vue de prendre en charge les soins de santé dispensés localement et à l'étranger.

Article 34 : Les soins médicaux pris en charge par le régime de base sont remboursés aux fournisseurs par l'organisme gestionnaire du régime sur base des tarifs fixés soit par convention, soit par une ordonnance conjointe des Ministres ayant la santé publique et la protection sociale dans leurs attributions.



Article 35 : Selon le type de soins, le régime d'assurance-maladie de base met en place un ticket modérateur, représentant une fraction du coût réel de tous ou de certains des soins médicaux.

Le ticket modérateur est à la charge de l'assuré.

Article 36 : Le droit aux soins médicaux est ouvert pour chaque cas de maladie et conservé dans les délais fixés par la loi.

Article 37 : En cas de suspension du contrat par suite de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle, l'assuré et ses ayants-droit conservent le droit aux soins médicaux dans la limite fixée par le code du travail.

En cas de suspension du contrat suite à d'autres raisons, l'organisme gestionnaire du régime détermine les délais et le financement de l'assurance.

Article 38 : 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 gestionnaire du régime, les fournisseurs de soins et l'assuré sont déterminées par une ordonnance conjointe des Ministres ayant la santé publique et la protection sociale dans leurs attributions.

SECTION 3 : Du régime des risques professionnels

3.1. Des risques couverts et prestations

Article 39 : Le régime des risques professionnels garantit aux personnes protégées par le service des prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Article 40 : 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.

Article 41 : Sont également considérés comme accidents du travail :

1. l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller et de retour entre sa 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 et étranger aux nécessités de la vie courante ou indépendant de l'emploi ;
2. l'accident survenu pendant les voyages effectués sur ordre de l'employeur et dont les frais sont supportés par celui-ci ou par d'autres sources de financement ;

3. l'accident survenu le premier jour sur le trajet de départ en congé et le dernier jour sur le trajet de retour du congé moyennant la production d'un titre de congé.

Article 42 : L'employeur est tenu de déclarer à l'organisme de protection sociale, 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.

Article 43 : Si la déclaration est rejetée par l'organisme pour motifs de retard, de faute ou négligence de la part de l'employeur, ce dernier est obligé, sauf cas de force majeure, de supporter le service des prestations garanties à l'assuré par l'organisme.

Article 44 : Les dispositions relatives aux accidents du travail sont applicables aux maladies professionnelles.

La date de la première constatation médicale de la maladie professionnelle est assimilée à la date de l'accident du travail.

Article 45 : Est considérée comme maladie professionnelle, tout état pathologique découlant comme conséquence du risque spécial inhérent au genre de travail qu'exécute le travailleur ou à l'ambiance dans laquelle il a été contraint de travailler, que cet état soit déterminé par des agents physiques, chimiques ou biologiques.

Article 46 : Les maladies endémiques ou épidémiques locales ne sont considérées comme des maladies professionnelles que si elles sont contractées par les personnes chargées de les combattre en raison de leurs fonctions.

Article 47 : 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 protection sociale dans leurs attributions.

Article 48 : Les prestations relatives aux risques professionnels comprennent :

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

Article 49 : Les soins médicaux comprennent :

- l'assistance médicale, chirurgicale et dentaire y compris les examens radiographiques, les examens de laboratoire et les analyses ;



- la fourniture de produits pharmaceutiques et accessoires ;
- l'entretien dans un hôpital ou une autre formation médicale ou sanitaire ;
- 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 ;
- la fourniture et le renouvellement des lunettes médicales ;
- la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime ;
- le transport de la victime du lieu de l'accident à la formation médicale ou sanitaire et à sa résidence.

Article 50 : Les soins médicaux sont fournis ou supportés par l'organisme. Dans ce dernier cas, l'organisme en verse directement le montant aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements ou centres médicaux publics ou privés agréés par le Ministre ayant la santé publique dans ses attributions. Le remboursement s'effectue sur base d'un tarif établi soit par convention, soit par ordonnance conjointe des Ministres ayant la santé publique et la protection sociale dans leurs attributions.

Article 51 : En cas de nécessité et suite à un rapport d'une commission médicale à laquelle le médecin conseil de l'organisme a été associé, des soins médicaux dispensés à l'étranger à un assuré peuvent être supportés par l'organisme y compris le rapatriement de la dépouille en cas de décès.

3.2. Des conditions d'accès aux prestations.

Article 52 : 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 31^{ème} 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.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à deux tiers de la rémunération journalière moyenne de la victime.

La rémunération journalière moyenne servant de base de calcul des indemnités journalières s'obtient en divisant par 90, le total des rémunérations soumises aux cotisations perçues par l'intéressé au cours des 3 derniers mois précédent celui au cours duquel l'accident est survenu.

Article 53 : En cas d'incapacité permanente dûment constatée par un médecin désigné ou agréé par l'organisme, la victime a droit à :



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

Article 54 : 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 et d'après ses aptitudes et qualifications professionnelles sur base d'un barème officiel des invalidités.

Article 55 : La rente d'incapacité permanente totale est égale à cent pour cent de la rémunération moyenne de la victime.

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

Article 56 : La rémunération moyenne mensuelle servant de base de calcul des rentes est égale à trente fois la rémunération journalière moyenne déterminée selon les dispositions de l'alinéa 2 de l'article 55.

Article 57 : Le montant de l'allocation d'incapacité est égal à trois fois le montant annuel de la rente fictive correspondant au degré d'incapacité de la victime.

Article 58 : 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.

Les survivants ne peuvent plus, dans ce cas, prétendre aux prestations de survivants dans la branche des pensions.

Article 59 : L'allocation des 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 des risques professionnels.

Article 60 : Les rentes des survivants sont calculées en pourcentage de la rémunération servant de base au calcul de la rente d'incapacité permanente.

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.

Article 61 : Le droit à la rente de conjoint survivant s'éteint en cas de remariage ou de décès. Il est transféré aux orphelins bénéficiaires en proportions égales.

