

**TITRE PREMIER.**

***Conditions d'application des prestations.***

**CHAPITRE PREMIER. – BRANCHE DES PENSIONS.**

**SECTION I.**

***PRESTATIONS.***

**ARTICLE PREMIER.** – Les prestations de la branche des pensions comprennent des pensions et allocations de vieillesse, des pensions d'invalidité et des pensions et allocations de survivants.

**SECTION 2.**

***Pensions de vieillesse.***

**ART.2. – 1.** Les assurés du sexe masculin qui atteignent l'âge de soixante ans et les assurés du sexe féminin qui atteignent l'âge de cinquante-cinq ans ont droit à une pension de vieillesse s'ils remplissent les conditions suivantes :

- a) avoir été immatriculé à la Caisse nationale de Sécurité Sociale, appelée ci-après la Caisse, depuis vingt ans au moins ;
- b) avoir accompli au moins soixante mois d'assurance au cours des dix dernières années précédant la date d'admissibilité à pension ;
- c) cesser toute activité salariée.

**2.** L'assuré ayant accompli l'âge de cinquante-cinq ans, ainsi que l'assurée ayant accompli l'âge de cinquante ans, et atteint d'une usure prématurée de ses facultés physiques ou mentales le rendant inapte à exercer une activité salariée et qui remplit les conditions prescrites au paragraphe précédent, peut demander une pension anticipée.

**SECTION 3.**

***Allocation de vieillesse.***

**ART.3.** – L'assuré qui a accompli au moins douze mois d'assurance et qui, ayant atteint l'âge prévu aux paragraphes **1** et **2** du précédent article, cesse toute activité salariée alors qu'il ne satisfait pas aux conditions indiquées au premier paragraphe, alinéas **a)** et **b)** de l'article précédent, reçoit une allocation de vieillesse sous forme d'un versement unique.

## **SECTION 4.**

### ***PENSION D'INVALIDITE.***

**ART.4. – 1.**L'assuré qui devient invalide avant d'atteindre l'âge de soixante ans et l'assurée avant l'âge de cinquante-cinq ans, ont droit à une pension d'invalidité s'ils remplissent les conditions suivantes :

- a) avoir été immatriculé à la Caisse depuis cinq ans au moins ;
- b) avoir accompli six mois d'assurance au cours des douze derniers mois civils précédant le début de l'incapacité conduisant à l'invalidité.

**2.** Nonobstant les dispositions du paragraphe précédent, au cas où l'invalidité est due à un accident, les assurés ont droit à une pension d'invalidité à condition qu'ils aient occupé un emploi assujéti à l'assurance à la date de l'accident et qu'ils aient été immatriculés à la Caisse avant la date de l'accident.

**3.** Est considéré comme invalide, l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle, a subi une diminution permanente de ses capacités physiques ou mentales, dûment certifiée par un médecin désigné ou agréé par la Caisse, le rendant incapable de gagner plus qu'un tiers de la rémunération qu'un travailleur ayant la même formation peut se procurer par son travail.

**4.** La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire et peut être révisée aux dates fixées par la Caisse.

**5.** La pension d'invalidité est remplacée par une pension de vieillesse de même montant, lorsque le bénéficiaire atteint l'âge de soixante ans pour les hommes et cinquante-cinq ans pour les femmes.

## **SECTION 5.**

### ***Pension de survivants.***

**ART.5. – 1.**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 justifiait d'au moins cent quatre-vingts mois d'assurance, les survivants ont droit à une pension de survivant.

**2.**Sont considérés comme survivants :

- a) la veuve âgée d'au moins cinquante ans ou atteinte d'invalidité dûment certifiée par un médecin désigné ou agréé par la Caisse, à condition que le mariage ait été contracté un an au moins avant le décès, à moins qu'un enfant ne soit né de l'union conjugale ou que la veuve se trouve en état de grossesse à la date du décès du conjoint ;
- b) le veuf invalide à la charge de la personne décédée à condition que le mariage ait été contracté un an au moins avant le décès du conjoint ;
- c) les enfants à charge de la personne décédée, tel qu'ils sont définis à l'article **22** du présent arrêté.

**3.** Le droit à la pension du conjoint survivant s'éteint en cas de remariage. Dans ce cas, il est versé une allocation de remariage égale à six mensualités de la pension.

## **SECTION 6.**

### **ALLOCATION DE SURVIVANTS.**

**ART.6.** – Si l'assuré ne pouvait prétendre à une pension d'invalidité et comptait moins de cent quatre-vingts mois d'assurance à la date de son décès, sa veuve bénéficie d'une allocation de survivants, versée en une seule fois. En cas de pluralité de veuves, le montant est réparti entre elles par parts égales.

## **CHAPITRE II. – BRANCHE DES RISQUES PROFESSIONNELS.**

### **SECTION I.**

#### **PRESTATIONS.**

**ART.7.** – En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les prestations de la branche des risques professionnels comprennent :

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

**ART.8.** – 1.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, qu'il y ait ou non faute de sa part.

2. Est assimilé à un accident du travail l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet de sa résidence ou du lieu où il prend ordinairement ses repas, au lieu où il effectue son travail ou perçoit sa rémunération et vice versa, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par un intérêt personnel ou indépendant de l'emploi. Il en est de même des accidents survenus pendant les voyages, dont les frais sont supportés par l'employeur.

**ART.9.** – 1.Les dispositions relatives aux accidents du travail sont applicables aux maladies professionnelles. Est considéré comme maladie professionnelle, toute maladie figurant dans les tableaux fixés par décret, qui comportent, en regard des maladies énumérées, la liste des travaux, procédés et professions comportant la manipulation et l'emploi des agents nocifs ou s'effectuant dans des conditions particulières exposant les travailleurs de façon habituelle au risque de contracter ces maladies.

2. Les maladies professionnelles qui se déclarent après la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé au risque de contracter ces maladies sont prises en charge si elles se déclarent dans les délais indiqués dans ces tableaux.

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

## **SECTION 2.**

### **SOINS MEDICAUX.**

**ART.10. – 1.**Les soins médicaux comprennent :

- a) l'assistance médicale et chirurgicale ;<sup>§</sup>
- b) les examens médicaux, radiographiques, les examens de laboratoire et les analyses ;
- c) la fourniture de produits pharmaceutiques et accessoires ;
- d) l'entretien dans un hôpital ou une autre formation médicale ;
- e) les soins dentaires ;
- f) les frais de transport de la victime du lieu de l'accident aux centres médicaux, à l'hôpital, à un cabinet médical et à sa résidence ;
- g) la fourniture, l'entretien et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'infirmité résultant de l'accident et reconnus indispensables par le médecin désigné ou agréé par la Caisse ;
- h) la prise en charge des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime.

2. A l'exception des soins de première urgence qui sont à la charge de l'employeur, les soins médicaux sont fournis par la Caisse ou par les établissements choisis parmi les formations officielles et les formations privées agréées par les autorités médicales, auquel cas ils font objet d'un remboursement sur la base du tarif forfaitaire établi par voie d'accord entre ces établissements et la Caisse.

## **SECTION 3.**

### ***Indemnité journalière.***

**ART.11. –** En cas d'incapacité temporaire de travail dûment constatée par l'autorité médicale compétente, la victime a droit à une indemnité journalière d'accident pour chaque jour d'incapacité, ouvrable ou non, suivant celui de l'arrêt du travail consécutif à la réalisation du risque professionnel. L'indemnité est payable pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède la guérison complète, la consolidation de la lésion ou le décès du travailleur. La rémunération de la journée complète de travail au cours de laquelle le travail a cessé est intégralement à la charge de l'employeur.

## **SECTION 4.**

### ***Rente d'incapacité.***

**ART.12. –** En cas d'incapacité permanente dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse, la victime a droit à :

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

**ART.13. –** Le taux 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 ses qualifications professionnelles sur la base d'un barème indicatif d'incapacité.

---

§ Alinéa modifié par l'article premier de l'arrêté n° **307** du 28 mai 1992. Voir annexe, page **129**.

## **SECTION 5.**

### ***RENTE DE SURVIVANTS ET ALLOCATION DE FRAIS FUNERAIRES.***

**ART.14.** – Lorsque l'accident du travail est suivi du décès de la victime, ses survivants ont droit à des rentes de survivants et à une allocation de frais funéraires.

**ART.15.** – Sont considérés comme survivants :

- a) la veuve, non divorcée ni séparée de corps, à la condition que le mariage soit antérieur à la date de l'accident ou, s'il est postérieur, qu'il ait eu lieu un an au moins avant le décès, et, dans les mêmes conditions, le veuf invalide qui vivait entièrement à la charge de la victime ;
- b) les enfants à charge de la victime tels qu'ils sont définis à l'article 22 du présent arrêté ;
- c) les ascendants directs à charge de la victime.

## **CHAPITRE III. – BRANCHE DES PRESTATIONS FAMILIALES.**

### **SECTION I.**

#### ***PRESTATIONS.***

**ART.16.** – Les prestations de la branche des prestations familiales comprennent l'allocation prénatale, la prime à la naissance, les allocations familiales, l'indemnité journalière de maternité, ainsi que l'aide à la mère et aux nourrissons sous forme de prestations en nature.

**ART.17.** – Les travailleurs assujettis au régime de Sécurité sociale et qui ont un ou plusieurs enfants à charge bénéficient des prestations familiales pour les mois pendant lesquels ils ont accompli un minimum de travaux de dix-huit jours ou de cent vingt heures et perçu un salaire égal au salaire minimum interprofessionnel garanti.

**ART.18.** – Sont exclus du bénéfice des prestations familiales, les travailleurs et leurs conjoints bénéficiaires d'un régime particulier d'allocations familiales payées par le budget de l'Etat ou d'une collectivité publique.

**ART.19<sup>N</sup>.** – Le service des prestations familiales est maintenu de plein droit aux bénéficiaires des pensions de vieillesse et d'invalidité, aux orphelins non bénéficiaires d'une pension ou rente de survivants et, pendant la durée de leur incapacité temporaire, aux travailleurs victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

### **SECTION 2.**

#### ***Allocations prénatales.***

**ART.20.** – 1. Le droit aux allocations prénatales est reconnu à toute femme salariée ou conjointe d'un travailleur salarié, pour les neuf mois précédant la naissance, à condition que la déclaration de la grossesse ait eu lieu au cours des trois premiers mois de la grossesse, et à compter du jour de la déclaration, si celle-ci a eu lieu après ce délai.

2. L'attribution des allocations prénatales est subordonnée à des examens médicaux, dont la périodicité et les modalités sont fixées aux articles 63, 64 et 65 du présent arrêté.

---

<sup>N</sup> - Article modifié par l'article 2 de l'arrêté n° 307 du 28 mai 1992. Voir annexe, page 129.

### **SECTION 3.**

#### ***PRIME A LA NAISSANCE.***

**ART.21. – 1.**Seuls ouvrent droit à la prime à la naissance les trois premiers enfants issus du premier mariage de l'allocataire ou d'un mariage subséquent lorsqu'il y a eu décès régulièrement déclaré du précédent conjoint.

**2.** Le bénéfice de la prime à la naissance est subordonné à l'existence d'un contrôle médical au moment de l'accouchement et à l'inscription de l'enfant au registre de l'état civil.

**3.** Les conditions dans lesquelles sera reconnue l'impossibilité de faire procéder au contrôle médical ci-dessus visé sont fixées à l'article **66** du présent arrêté.

### **SECTION 4.**

#### ***Allocations familiales.***

**ART.22. – 1.**Est considéré comme ayant un enfant à charge, toute personne qui assume, d'une manière générale, le logement, la nourriture, l'habillement et l'éducation de cet enfant.

**2.** Pour l'ouverture du droit aux allocations familiales sont considérés comme enfants à charge, les enfants célibataires, non salariés, qui vivent effectivement avec le travailleur nonobstant leur statut d'enfants légitimes, légitimés, légalement reconnus, nés d'un précédent mariage, orphelins placés sous tutelle, jusqu'à l'âge de quatorze ans.

**3.** La limite d'âge est portée à vingt et un ans, si les enfants sont en apprentissage, s'ils poursuivent leurs études dans les établissements d'enseignement ou s'ils sont incapables d'exercer une activité professionnelle en raison de leur état d'incapacité physique ou mentale.

**ART.23. – 1.**Pour les enfants n'ayant pas encore atteint l'âge scolaire, le droit aux allocations familiales est subordonné à un examen médical annuel.

**2.** Pour les enfants d'âge scolaire, le droit aux allocations familiales est subordonné à l'inscription dans un établissement scolaire et à l'assistance régulière aux cours de l'établissement. Lorsque, pour une raison de force majeure, l'enfant n'a pu être inscrit dans un établissement scolaire, le droit aux allocations familiales est subordonné à la production annuelle d'un certificat médical et d'un certificat de non inscription délivré par l'autorité administrative compétente.

**3.** L'apprentissage doit être effectué dans les conditions prévues au chapitre II du titre III du livre I<sup>er</sup> du Code du Travail et de ses arrêtés d'application.

**4.** La poursuite des études doit être entendue comme le fait pour l'enfant de fréquenter pendant l'année dite scolaire un établissement où il lui est donné une instruction générale, technique ou professionnelle comportant des conditions de travail, d'assiduité, de contrôle, de discipline, telles que l'exige normalement la préparation de diplômes officiels ou de carrières publiques ou privées.

**5.** L'Etat des enfants infirmes ou atteints de maladies incurables et dans l'impossibilité permanente de se livrer à l'exercice d'une activité professionnelle doit être constaté médicalement.

**ART.24.** – Pour les enfants en âge scolaire, mis en apprentissage ou poursuivant leurs études, les allocations familiales sont maintenues :

- a) pendant les périodes d'interruption des études ou d'apprentissage pour cause de maladie, dûment constatée par un médecin, dans la limite d'une année à partir de la date de l'interruption ;
- b) pendant toutes les périodes de vacances scolaires, y compris les vacances qui suivent la fin de la scolarité ;
- c) aux apprentis qui ne perçoivent pas une rémunération égale ou supérieure aux deux tiers du montant du salaire minimum interprofessionnel garanti.

## **SECTION 5.**

### ***INDEMNITE JOURNALIERE DE MATERNITE.***

**ART.25.** – Des indemnités journalières de maternité sont versées à toute femme salariée en état de grossesse pour la durée de l'arrêt du travail dans une limite maximum de quatorze semaines, dont en principe six semaines avant la date présumée de l'accouchement et huit semaines après.

**ART.26.** – 1. Dans le cas d'un repos supplémentaire justifié par la maladie résultant de la grossesse ou des couches, le bénéfice de l'indemnité journalière peut être maintenu pendant trois semaines au plus sous réserve de la production des justifications suivantes :

1° Un certificat médical constatant l'inaptitude à reprendre le travail à l'expiration de la période de quatorze semaines suivant les couches et établissant que cette inaptitude résulte de maladie consécutive à la grossesse ou aux couches ;

2° Une attestation de l'employeur certifiant que le travail n'a pas été repris à l'expiration de la période de quatorze semaines.

2. La Caisse se réserve le droit de faire contrôler par un médecin désigné ou agréé par elle l'inaptitude consécutive à la grossesse ou aux couches.

**ART.27.** – Le bénéfice de cette indemnité est accordé à condition que la femme salariée :

1° Soit immatriculée à la Caisse douze mois au moins avant la date présumée de l'accouchement et ait accompli au moins cinquante-quatre journées ou trois cent soixante heures de travail salarié au cours des trois mois civils, précédant celui au cours duquel débute l'arrêt de travail<sup>SS</sup>

2° Fasse constater son état par un médecin ou une sage-femme et a transmis à la Caisse le certificat d'examen délivré ;

3° Suspendre effectivement l'exercice de sa profession ;

4° Justifie le salaire effectivement perçu lors de la cessation du travail.

**ART.28.** – L'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire journalier moyen ; le salaire journalier moyen s'obtient en divisant par **90** le total des rémunérations soumises à cotisations perçues par l'intéressée au cours des trois mois civils, précédant celui au cours duquel débute l'arrêt du travail.

---

1- Par référence au paragraphe premier de l'article 39 de la loi **67 039** du 3 février 1967, cet alinéa est abrogé et remplacé par les dispositions de la loi **72-145** du 18 juillet 1972, voir annexe, page 125.

**ART.29.** – Aucune erreur de la part du médecin ou de la sage-femme dans l'estimation de la date de l'accouchement ne pourra empêcher une femme salariée de recevoir l'indemnité à laquelle elle a droit entre la date présumée de l'accouchement, telle qu'elle est indiquée par le certificat médical et celle à laquelle l'accouchement a eu lieu effectivement.

## **SECTION 6.**

### ***PRESTATIONS EN NATURE.***

**ART.30.** – 1.Des prestations en nature visant à améliorer les conditions d'alimentation et d'hygiène des mères et des nourrissons peuvent être attribuées aux allocataires.

2. La nature et le mode de versement de ces prestations seront déterminés par le Conseil d'Administration de la Caisse à l'occasion de l'élaboration du programme annuel d'action sanitaire et sociale.

## TITRE II.

### **Formalités à accomplir.**

#### **En vue de l'ouverture du droit aux prestations.**

#### CHAPITRE PREMIER. – BRANCHE DES PENSIONS.

### **SECTION 1.**

#### ***Généralités.***

**ART.31.** – Les demandes de pensions ou allocations de vieillesse, d'invalidité et de survivants doivent être établies sur des imprimés délivrés par la Caisse.

### **SECTION 2.**

#### ***Demandes de pensions de vieillesse ou d'invalidité.***

**ART.32.** – 1. Lors de l'introduction de la demande de pension de vieillesse ou d'invalidité, le demandeur déclare :

- 1° son numéro d'immatriculation à la Caisse ;
- 2° ses nom et prénoms et pour les femmes mariées le nom de jeune fille ;
- 3° les noms de ses père et mère ;
- 4° le lieu et la date ou l'année de sa naissance ;
- 5° sa nationalité ;
- 6° l'adresse à laquelle il résidera lors de la première échéance de la pension ;
- 7° les noms et prénoms, la date de naissance et la date de mariage de son ou ses conjoints ;
- 8° éventuellement, les indications relatives aux enfants à charge ;
- 9° la date à laquelle il a cessé ou cessera d'exercer une activité salariée ;
- 10° éventuellement les périodes d'activités salariées accomplies antérieurement au 1<sup>er</sup> avril 1965, date de l'institution du régime des pensions.

2.Le demandeur doit également joindre à la demande son livret d'assurance ou à défaut indiquer le motif de non-remise. L'envoi du livret d'assurance, de même que celui de la demande de pension et des pièces qui l'accompagnent, doit être effectué par lettre

recommandée avec accusé de réception et, en tout état de cause, doit faire l'objet d'un accusé de réception par la Caisse.

**ART.33.** – Lorsqu'il s'agit d'une demande de pension d'invalidité, le demandeur déclare, outre les mentions prévues à l'article **32** du présent arrêté, si l'invalidité est ou non consécutive à un accident pour lequel la responsabilité civile d'un tiers est engagée et, dans l'affirmative, l'identité de ce tiers.

**ART.34.** – **1.** La demande de pension d'invalidité doit être accompagnée d'un certificat établi par un médecin désigné ou agréé par la Caisse.

**2.** Outre les renseignements prévus aux articles **32** et **33** du présent arrêté, le certificat doit indiquer :

**1°** Si le demandeur subit, par suite de maladie ou d'accident, une diminution permanente ou présumée permanente de ses capacités physiques ou mentales le rendant inapte à gagner un tiers de la rémunération qu'un travailleur ayant la même formation peut se procurer par son travail ;

**2°** Si l'incapacité est due à une maladie ou si elle résulte d'un accident, en précisant s'il s'agit ou non d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail.

**3°** Qu'à la connaissance du médecin, l'invalidité n'est pas la conséquence d'un crime ou d'un délit commis par le bénéficiaire ou d'une faute intentionnelle de sa part ;

**4°** Les examens auxquels le médecin a procédé ou a fait procéder ; en ce cas le médecin joint au certificat les résultats des analyses ou des examens des spécialistes consultés ;

**5°** La description des affections ou lésions, séquelles ou infirmités dont le demandeur est atteint ;

**6°** Si l'invalidité a besoin de façon constante de l'aide et des soins d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante ;

**7°** Si le médecin a des doutes sur la permanence de l'invalidité, la date à laquelle le demandeur devra subir un examen de révision.

**3.** Les examens de révision prévus à l'alinéa **7** ci-dessus devront obligatoirement avoir lieu tous les six mois jusqu'à la date de consolidation de la lésion ou de stabilisation de l'état de l'invalidité.

**ART.35.** – La demande de pension de vieillesse peut être introduite dans les trois mois précédant la date à laquelle prendront fin les services du travailleur. Dans ce cas, la date de la cessation d'activité devra être expressément mentionnée par le demandeur qui doit s'engager à aviser la Caisse de toute reprise ultérieure d'une activité salariée.

### **SECTION 3.**

#### ***DEMANDE DE PENSION OU D'ALLOCATION DE SURVIVANTS.***

**ART.36.** – Lors de l'introduction de la demande de pension ou d'allocation de survivants, le demandeur déclare :

1° En ce qui concerne le travailleur décédé :

- a) son numéro d'immatriculation à la Caisse ;
- b) son nom et prénoms ;
- c) les noms de ses père et mère ;
- d) le lieu et la date ou l'année de sa naissance ;
- e) sa nationalité ;
- f) la date, le lieu et la cause du décès ;
- g) si le décès est consécutif à un accident pour lequel la responsabilité d'un tiers est engagée et, dans l'affirmative, l'identité de ce tiers.

2° Les noms et prénoms de la veuve ou du représentant légal des orphelins ;

3° Si la demande est introduite par la veuve :

- a) sa date de naissance ;
- b) le cas échéant, son état d'invalidité attesté par la production d'un certificat médical ;
- c) ses lieu et date de mariage ;

4° si la demande est introduite par le veuf invalide :

- a) son état d'invalidité attesté par la production d'un certificat médical ;
- b) ses lieux et date de mariage ;

5° Les noms, prénoms et date de naissance de chacun des orphelins ainsi que le nom des personnes ou organismes qui en ont la charge.

### **SECTION 4.**

#### ***DISPOSITIONS DIVERSES.***

**ART.37.** – Lorsque aucune demande n'a été introduite par l'assuré qui, au moment de son décès, aurait eu droit à une pension de vieillesse ou, s'il avait été invalide, à une pension d'invalidité, ou qui justifiait d'au moins cent quatre-vingts mois d'assurance, la demande des ayants droit précisera en outre l'indication des périodes salariées accomplies par l'assuré antérieurement à l'institution du régime des pensions.

**ART.38.** – La Caisse peut réclamer à tout demandeur de pension ou allocation, les justifications nécessaires au calcul des droits et notamment à l'appréciation des périodes d'assurance et assimilées, à l'âge et à la situation matrimoniale. Au cas où les intéressés ne pourraient fournir les justifications nécessaires, le dossier est soumis au Conseil d'Administration de la Caisse, ou à une commission substituée, qui statue en fonction des éléments en sa possession.

**ART.39.** – La Caisse doit tenir un registre des demandes de pensions sur lequel doivent être enregistrées les demandes et mentionnées notamment le numéro d'immatriculation, le nom du requérant, la nature de la prestation demandée, la décision prise par la Caisse et, en cas de rejet, les recours éventuels intentés par le requérant et les suites qui leur ont été données.

## **CHAPITRE II. – BRANCHE DES RISQUES PROFESSIONNELS.**

### **SECTION 1.**

#### ***DECLARATIONS ET CONSTATATIONS MEDICALES.***

**ART.40.** – 1. Tout accidents du travail ou maladie professionnelle, dont est victime un salarié occupé dans l'entreprise, doit être déclaré par l'employeur sur les imprimés délivrés par la Caisse.

2. En cas de carence ou d'impossibilité de l'employeur, la déclaration peut être faite par la victime ou ses représentants.

**ART.41.** – 1. La déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle est établie par l'employeur en deux exemplaires qui sont adressés respectivement à la Caisse et à l'inspecteur du travail du ressort.

2. La déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle se fait dans le délai légal de quarante-huit heures après l'accident ou la constatation de la maladie professionnelle, soit par le dépôt auprès des destinataires qui en donnent récépissé, soit par envoi sous pli, le cachet de la poste faisant foi.

3. Les déclarants sont tenus de remplir d'une façon précise toutes les rubriques de l'imprimé de la déclaration susvisée.

**ART.42.** – 1. Lorsque l'incapacité temporaire initiale de travail ne dépasse pas huit jours, les entreprises autorisées par décision ministérielle à assurer elles-mêmes le service des soins médicaux et des prestations pour incapacité temporaire avisent l'inspecteur du travail du ressort et la Caisse par une simple lettre indiquant le numéro d'immatriculation, le nom de la victime, la date de l'accident et la durée prévisible de l'arrêt du travail.

2. Les accidents visés au paragraphe précédent doivent être enregistrés sur un registre, dont la contenance sera fixée par la Caisse et qui sera coté et paraphé par un inspecteur de la Caisse. Ce registre devra être présenté à toute réquisition de l'inspection du travail ou de la Caisse.

3. Les entreprises susvisées sont tenues de fournir annuellement les statistiques des accidents visés au présent article dans les conditions qui seront fixées par la Caisse.

**ART.43.** – L'employeur est tenu, dès l'accident survenu :

1° De faire assurer les soins de première urgence ;

2° D'aviser le médecin chargé des services médicaux de l'entreprise ou, à défaut, le médecin le plus proche ;

3° Eventuellement, de diriger la victime sur le centre médical d'entreprise ou interentreprises, à défaut sur la formation sanitaire publique ou l'établissement hospitalier public ou privé le plus proche du lieu de l'accident.

**ART.44. – 1.**Le certificat médical établi par le médecin traitant sur l'imprimé de déclaration ou sur un imprimé distinct doit indiquer l'état de la victime, les conséquences de l'accident ou, si les conséquences ne sont pas exactement connues, les suites éventuelles et, en particulier lorsqu'il y a arrêt du travail, la durée probable de l'incapacité du travail. Il doit également mentionner toutes les constatations qui pourraient présenter une importance pour la détermination de l'origine traumatique ou morbide des lésions.

**2.** En cas de maladie professionnelle, le certificat établi par le médecin doit indiquer la nature de la maladie et notamment les manifestations mentionnées aux tableaux des maladies professionnelles et constatées, ainsi que les suites probables.

**3.**Le certificat médical sera accompagné d'une notification attestant que la victime reçoit les soins réguliers d'un médecin ou a été dirigée sur une formation sanitaire publique ou sur un établissement hospitalier public ou privé dûment agréé ou sur un centre médical inter entreprises.

**4.** Le certificat médical prévu au paragraphe premier du présent article, est établi en triple exemplaire par le praticien qui adresse le premier à la Caisse, le second à l'inspecteur du travail du lieu de l'accident et remet le troisième à la victime.

**ART.45. – 1.**Lors de la guérison de la blessure sans incapacité permanente, ou, s'il y a incapacité permanente, au moment de la consolidation, un certificat médical indiquant les conséquences définitives, si celles-ci n'avaient pu être antérieurement constatées, est établi par le médecin traitant. Le praticien envoie ou remet dans les vingt-quatre heures un exemplaire du certificat à chacun des destinataires indiqués au paragraphe 4 de l'article 44 du présent arrêté. Au vu de ce certificat, la Caisse fixe la date de la guérison ou de la consolidation. En cas de carence du médecin traitant, la Caisse fait appel à un autre praticien.

**2.** Le certificat transmis à la victime est accompagné de toutes les pièces ayant servi à son établissement.

**3.** En dehors des cas d'urgence, si le praticien ne se conforme pas aux dispositions des articles 43,44 et 45 du présent arrêté, la Caisse n'est pas tenue pour responsable des honoraires.

**ART.46. – 1.**L'employeur est tenu de délivrer à la victime un carnet d'accident sur lequel seront consignés par l'autorité médicale intéressée la nature et le coût de tous actes médicaux, pharmaceutiques ou hospitaliers.

**2.** Le carnet d'accident peut être également obtenu directement auprès de la Caisse.

**ART.47. – 1.**Le carnet d'accident du travail est valable pour toute la durée du traitement consécutif à l'accident ou à la maladie professionnelle. Il comprend des feuillets détachables sur lesquels seront portés par décalque les soins et médicaments fournis. Ces feuillets seront adressés à la Caisse par le personnel médical intéressé aux fins de paiement.

**2.**A la fin du traitement ou, dès que le carnet d'accident du travail est entièrement utilisé, la victime envoie ou remet le carnet à la Caisse. Cette dernière délivre, le cas échéant, un nouveau carnet.

## **SECTION 2.**

### **OBJET ET PROCEDURE DE L'ENQUETE.**

**ART.48.** – Lorsque, d'après les certificats médicaux transmis en exécution des articles précédents ou produits à n'importe quel moment par la victime ou par ses ayants droit, la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente totale ou partielle de travail, ou lorsque la victime est décédée, la Caisse doit faire effectuer une enquête par un de ses inspecteurs ou demander à l'inspection du travail de l'effectuer pour son compte.

**ART.49.** – 1.L'enquêteur convoque au lieu de l'enquête la victime ou ses ayants droit, l'employeur et toute personne qui lui paraîtrait susceptible de fournir des renseignements utiles.

2. L'enquête est contradictoire. Les témoins sont entendus par l'enquêteur en présence de la victime ou de ses ayants droit et de l'employeur.

3. La victime peut se faire assister par une personne de son choix. Le même droit appartient à ses ayants droit en cas d'accident mortel.

4. Lorsque la victime est dans l'impossibilité d'assister à l'enquête, l'enquêteur se transporte auprès d'elle pour recevoir ses explications.

**ART.50.** – L'enquêteur doit recueillir tous renseignements permettant d'établir :

1° La cause, la nature, les circonstances de temps et de lieu de l'accident et, éventuellement, l'existence d'une faute susceptible d'influer sur la réparation, ainsi que les responsabilités encourues.

En cas d'accident de trajet, ces éléments doivent être recherchés et notés avec soin, ainsi que, le cas échéant, les motifs qui auraient déterminé la victime à interrompre ou à détourner son parcours.

2° l'identité de la victime et le lieu où elle se trouve ;

3° la nature des lésions ;

4° l'existence d'ayants droit, l'identité et la résidence de chacun d'eux ;

5° la catégorie professionnelle dans laquelle se trouvait classée la victime au moment de l'arrêt de travail et, d'une façon générale, tous les éléments de nature à permettre la détermination du salaire servant de base au calcul des indemnités journalières et des rentes.

En vue de recueillir ces éléments, l'enquêteur peut effectuer au siège de l'établissement ou des établissements ayant occupé la victime, toutes constatations et vérifications nécessaires.

**ART.51.** – 1.L'enquêteur consigne les résultats de l'enquête dans un procès-verbal établi en double exemplaire qui fera foi, jusqu'à preuve contraire, des faits qu'il a constatés. Il envoie ce procès-verbal à la Caisse, accompagné du dossier dont il avait été saisi, ainsi que de toutes pièces qu'il juge bon d'y annexer, dans un délai de vingt jours à compter de la date de réception du dossier. Il en adresse également un exemplaire à l'inspecteur du travail du ressort.

2. Dans le cas exceptionnel où le délai se trouve dépassé, l'enquêteur fait connaître à la Caisse les circonstances qui retardent la clôture de l'enquête et fait mention de ces circonstances dans le procès-verbal.

**ART.52. – 1.**La Caisse peut désigner un expert technique sur la demande de l'enquêteur, de la victime, de ses ayants droit ou de l'employeur.

**2.** L'expert assiste l'enquêteur et dresse un rapport qui doit être envoyé à la Caisse dans le délai requis pour l'enquête.

**3.** L'expert est tenu au secret professionnel. Ses émoluments lui sont payés par la Caisse. L'expert reçoit en outre, le cas échéant, le remboursement de ses frais de déplacement et une indemnité pour perte de salaire.

**ART.53. –** Par dérogation aux dispositions de l'article **48** du présent arrêté, la Caisse pourra décider de ne pas faire effectuer d'enquête lorsqu'elle sera en possession de tous les renseignements énumérés à l'article **50** du présent arrêté.

### CHAPITRE III. – BRANCHE DES PRESTATIONS FAMILIALES.

#### SECTION 1.

##### *Dispositions générales.*

**ART.54. –** Aux termes du présent arrêté, sont « **allocataires** » les personnes physiques du chef desquelles les prestations sont dues et « **attributaires** » les personnes physiques ou morales entre les mains desquelles il est prescrit d'effectuer le paiement des prestations. Les allocataires peuvent être distincts des attributaires.

**ART.55. –** Les demandes de prestations familiales doivent être établies sur des imprimés délivrés par la Caisse.

**ART.56. –** Lors de l'introduction de la demande de prestations familiales, le demandeur déclare :

- 1° son numéro d'immatriculation à la Caisse ;
- 2° son nom et prénoms et pour les femmes mariées le nom de jeune fille ;
- 3° les noms de ses père et mère ;
- 4° le lieu et la date ou l'année de sa naissance ;
- 5° sa nationalité ;
- 6° l'adresse à laquelle il désire percevoir les prestations familiales ;
- 7° les noms et prénoms, la date de naissance et la date de mariage de son ou ses conjoints ;
- 8° les noms et prénoms, la date de naissance et le nom de la mère de chacun des enfants à charge ;
- 9° si les enfants n'habitent pas avec lui, le nom et l'adresse de la personne qui a la garde du ou des enfants et son degré de parenté avec les enfants ;
- 10° le nom (ou raison sociale), l'adresse et le numéro d'affiliation à la Caisse de son employeur, ainsi que la date de l'embauchage chez cet employeur.

**ART.57. – 1.**La demande de prestations familiales doit être adressée ou remise à la Caisse accompagnée des pièces justificatives fournies aux fins de vérification de l'état civil de l'allocataire, de son conjoint et de ses enfants. Cette demande doit faire l'objet d'un accusé de réception par la Caisse.

**2.**Seuls sont acceptées comme pièces d'état civil :

- les copies ou extraits d'actes de naissance, de mariage ou de décès ;
- les copies ou extraits d'actes de transcription des jugements supplétifs sur les registres d'état civil, délivrés par les autorités administratives ou les greffiers des juridictions de première instance de droit moderne (ces copies ou extraits mentionneront obligatoirement le numéro et la date de la transcription) ;

A titre transitoire, les expéditions ou extraits de jugements supplétifs délivrés par les Cadis, à condition que la date de délivrance de ces expéditions ou extraits soit antérieure au 16 mars 1966, date de la publication du décret n° **66.017** du 22 janvier 1966 relatif aux jugements supplétifs et rectificatifs en matière d'état civil des personnes de statut musulman.

**ART.58.** – Pour les mariages, divorces, naissances et décès qui surviennent après l'introduction de la demande de prestations familiales, l'allocataire doit remettre à la Caisse dans un délai de trente jours, les documents d'état civil constatant les mariages, divorces, naissances et décès intervenus.

**ART.59.** – Le temps moyen de travail salarié exigé au cours du mois est constaté soit par un bulletin de présence délivré par l'employeur, soit par un bulletin de paye du travailleur.

**ART.60.** – **1.**Sont assimilés aux journées normales de travail :

1° les jours d'absence pour cause de maladie dans la limite de la période au cours de laquelle la maladie est réputée aux termes de l'article **30** du livre I<sup>er</sup> du Code du Travail, ne pas rompre le contrat de travail ;

2° les jours d'absence pour cause d'incapacité temporaire résultant de la réalisation d'un risque professionnel ;

3° les jours de congés payés ;

4° les jours de repos correspondant aux périodes de congés prénatal et postnatal prescrits à l'article **33** du livre I<sup>er</sup> du Code du Travail pour les femmes salariées ;

5° jusqu'à concurrence d'un mois, les jours ouvrables durant lesquels le travailleur s'est trouvé dans l'impossibilité de s'acquitter de sa tâche pour cause de force majeure ou indépendamment de sa volonté.

**2.** les journées d'absence énumérées au paragraphe premier du présent article ne sont prises en considération que sur la production. :

- pour celles visées au 1°, d'un certificat médical constatant la maladie ;
- pour celles visées au 3°, du bulletin de présence prévu au paragraphe **1** de l'article précédent ou du bulletin de paye du travailleur faisant état de la position de congé du travailleur en cours du mois ;
- pour celles visées au 5°, d'une attestation délivrée par l'inspecteur du travail du lieu d'emploi.

## **SECTION 2.**

### ***ALLOCATIONS PRENATALES.***

#### ***1. Déclaration de grossesse.***

**ART.61.** – 1.La déclaration de grossesse, accompagnée d'un certificat médical, doit être adressée à la Caisse au cours des trois premiers mois de la grossesse.

2. Lorsque ce délai est respecté, les allocations sont dues pour les neuf mois précédant la naissance. Dans le cas contraire, les allocations sont dues à compter du jour de la déclaration.

3. Le directeur de la Santé publique pourra prolonger pour certaines régions du territoire, en fonction des formations sanitaires existantes, le délai de trois mois prévu au paragraphe premier du présent article pour la production du certificat médical.

#### ***2. Délivrance du carnet de grossesse et de maternité.***

**ART.62.** – Il est délivré un carnet de grossesse et de maternité qui est établi au nom de la mère et porte le numéro d'immatriculation à la Caisse du salarié du chef duquel les prestations sont dues (allocataire).

Ce carnet est divisé en deux parties :

- une première partie, ayant trait à la période comprise entre la déclaration de grossesse et l'accouchement, est destinée à constater les examens prénatals prévus aux articles **63** et suivants ;
- la deuxième partie, concernant la période débutant au moment de l'accouchement, est destinée à constater les examens médicaux annuels des enfants prévus à l'article **23**

#### ***3.Examens prénatals.***

**ART.63.** – La femme salariée ou la conjointe d'un travailleur salarié en état de grossesse doit subir trois examens médicaux aux époques et dans les conditions définies aux articles suivants.

**ART.64.** – 1.Le premier examen prénatal a lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Il est effectué par un médecin.

2. Le médecin établit le certificat de ce premier examen sur les feuillets du carnet de grossesse et de maternité. Ce certificat peut être délivré sur papier libre et joint à la déclaration de grossesse de l'intéressée dans le cas où le carnet n'aurait pas encore été délivré.

3. Il doit indiquer obligatoirement la date présumée de l'accouchement.

**ART.65.** – 1.Les deuxièmes et troisièmes examens médicaux prénatals sont effectués par un médecin ou une sage-femme. Ils ont lieu :

- le deuxième examen vers le sixième mois de la grossesse ;
- le troisième examen vers le huitième mois de la grossesse.

2. Ces examens sont certifiés sur les feuillets du carnet de grossesse et de maternité. Ils ne peuvent être délivrés sur papier libre ; toutefois, les certificats ainsi rédigés en cas de force majeure pourront être pris en considération.

3. Dans les cas de prolongation du délai de production du certificat médical du premier examen, visé au paragraphe 3 de l'article 61 du présent arrêté, la future mère ne sera soumise qu'à un seul examen subi vers le huitième mois de la grossesse.

**ART.66.** – Dans les localités dépourvues de médecins, le chef de la formation sanitaire du ressort est habilité à dresser les certificats prévus ci-dessus.

### **SECTION 3.**

#### ***PRIMES A LA NAISSANCE.***

**ART.67.** – 1.Le certificat médical d'accouchement établi sur le feuillet du carnet de grossesse et de maternité doit attester que le ou les enfants sont nés viables.

2. Les dispositions de l'article 66 du présent arrêté sont applicables par analogie.

3. Le certificat médical susvisé doit être remis à la Caisse accompagné de l'extrait de l'acte de naissance du ou des enfants.

### **SECTION 4.**

#### ***Allocations familiales.***

**ART.68.** – 1.Les consultations médicales prévues à l'article 23 du présent arrêté sont constatées par le bulletin de consultation médicale périodique figurant dans le carnet de grossesse et de maternité.

2. L'inscription dans un établissement scolaire est constatée par un certificat d'inscription délivré par le directeur de l'établissement au début de l'année scolaire. L'assiduité aux cours de l'établissement doit être contrôlée par la Caisse.

3. Lorsque l'enfant de moins de quatorze ans n'a pu être admis dans un établissement d'enseignement, le certificat d'inscription prévu ci-dessus est remplacé par l'attestation du chef de circonscription administrative ou de l'autorité scolaire qualifiée, indiquant l'impossibilité pour l'enfant de suivre les cours d'un établissement scolaire.

4. L'apprentissage de l'enfant est constaté par le contrat d'apprentissage, dont une ampliation est transmise à la Caisse, et par un certificat périodique attestant l'assiduité de l'apprenti.

5. La maladie pendant laquelle les allocations familiales sont maintenues pour les enfants en âge scolaire poursuivant leurs études ou apprentissage et l'infirmité ou la maladie incurable prorogeant jusqu'à vingt et un an l'âge limite des enfants à charge, sont constatées par le médecin traitant ou par un certificat de l'établissement où est hospitalisé l'enfant. Pour les enfants infirmes ou incurables, le certificat ne sera exigé que pour le premier paiement au-delà de quatorze ans. Dans tous les cas, la Caisse peut subordonner le paiement des prestations à la production d'un certificat délivré par un médecin désigné ou agréé par elle.

## **SECTION 5.**

### ***INDEMNITE JOURNALIERE DE MATERNITE.***

**ART.69.** – 1.Pour bénéficier des indemnités journalières de maternité, la femme salariée doit fournir à la Caisse :

- un certificat de constatation de grossesse ;
- une attestation de son employeur, ou du préposé de celui-ci, certifiant qu'elle a suspendu effectivement l'exercice de sa profession ;
- un bulletin de paie ou une attestation délivrée par l'employeur justifiant le salaire effectivement perçu lors de la cessation du travail.

2. La preuve de sa qualité de salariée et de la constatation de son état ne sont pas exigées si la femme salariée a rempli toutes les conditions requises pour bénéficier de son chef des allocations prénatales et de la prime à la naissance.

**ART.70.** – Le repos de la femme salariée en couches est soumis au contrôle des agents de la Caisse qui pourront s'assurer qu'elle n'a effectué aucun travail salarié.

## TITRE III.

### **Liquidation des prestations.**

#### CHAPITRE PREMIER. – BRANCHE DES PENSIONS.

##### **Section 1**

##### ***Date de prise d'effet des pensions.***

**ART.71.** – 1.La pension de vieillesse, ainsi que la pension anticipée et la pension du survivant, prennent effet le premier jour du mois civil suivant la date à laquelle les conditions requises ont été accomplies, à la condition que la demande de pension ait été adressée à la Caisse dans le délai de six mois qui suit ladite date.

2. La pension d'invalidité prend effet soit à la date de consolidation de la lésion ou de stabilisation de l'état de l'assuré, soit à l'expiration d'une période de six mois consécutifs d'incapacité, si d'après l'avis du médecin désigné ou agréé par la Caisse, l'incapacité devrait durer probablement encore six autres mois au moins.

3. Si la demande de pension est introduite après l'expiration du délai de six mois suivant la date à laquelle sont réunies les conditions requises pour son attribution, la pension prend effet le premier jour du mois civil suivant la date de réception de la demande.

## **SECTION 2.**

### ***Montant des pensions et allocations.***

**ART.72.** – Le montant mensuel de la pension de vieillesse ou d'invalidité ou de la pension anticipée est égal à **20** pour cent de la rémunération mensuelle moyenne. Si le total des mois d'assurance et des assimilés dépasse **180**, le pourcentage est majoré de **1,1/3** pour cent pour chaque période d'assurance ou assimilée de douze mois au-delà de cent quatre-vingts mois.

**ART.73.** – Le montant de l'allocation de vieillesse est égal à autant de fois la rémunération mensuelle moyenne de l'assuré que celui-ci compte de périodes de douze mois d'assurance.

**ART.74.** – 1.Le montant mensuel de la pension de vieillesse ou d'invalidité et de la pension anticipée ne peut être inférieur à **60** pour cent du salaire mensuel minimum interprofessionnel garanti le plus élevé du territoire national correspondant à une durée de travail hebdomadaire de quarante heures.

2. Ce montant ne peut cependant pas être supérieur à **80** pour cent de la rémunération mensuelle moyenne de l'assuré calculée conformément aux dispositions de l'article **77** du présent arrêté.

**ART.75.** – 1.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 à raison de :

- a) **50** pour cent pour la veuve ou le veuf ; en cas de pluralité des veuves, le montant est réparti définitivement entre elles par parts égales ;
- b) **25** pour cent pour chaque orphelin de père ou de mère et **40** pour cent pour chaque orphelin de père et de mère. En aucun cas, le montant de la pension d'orphelin ne peut être inférieur à celui des allocations familiales.

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

**ART.76.** – Le montant de l'allocation de survivant est égal à autant de mensualités de la pension de vieillesse à laquelle l'assuré décédé aurait pu prétendre au terme de cent quatre-vingts mois d'assurance qu'il avait accompli de périodes de six mois d'assurance à la date de son décès.

### **SECTION 3.**

#### ***Modalités de calcul des pensions et allocations.***

**ART.77.** – 1.Les rentes et les pensions sont liquidées en montants mensuels ; le droit à une mensualité est déterminé d'après la situation du bénéficiaire au premier jour du mois civil correspondant. Chaque montant mensuel est arrondi à la centaine de francs supérieurs.

2. Pour le calcul du montant des pensions, la rémunération mensuelle moyenne s'obtient en divisant par **36** ou par **60** le total des rémunérations soumises à cotisation perçue par l'intéressé au cours des trois ou cinq dernières années précédant la date d'admissibilité à pension, le choix étant dicté par l'intérêt de l'assuré. Si le nombre de mois civils écoulés depuis l'immatriculation est inférieur à **36**, la rémunération mensuelle moyenne s'obtient en divisant le total des rémunérations soumises à cotisation depuis l'immatriculation par le nombre de mois civils compris entre cette date et celle d'admissibilité à pension.

3. Pour le calcul du montant de la pension d'invalidité, les années comprises entre l'âge de soixante ans pour les hommes et cinquante-cinq ans pour les femmes, et l'âge effectif de

l'invalidé à la date où la pension d'invalidité prend effet, sont assimilées à des périodes d'assurance à raison de six mois par année.

## **CHAPITRE II. – BRANCHE DES RISQUES PROFESSIONNELS.**

### **SECTION 1.**

#### ***SOINS MEDICAUX.***

**ART.78. – 1.**A l'exception des soins de première urgence qui sont à la charge de l'employeur dans les conditions fixées à l'article **43** du présent arrêté, les soins médicaux énumérés à l'article **10** du présent arrêté sont supportés par la Caisse qui en verse directement le montant aux praticiens pharmaciens ou auxiliaires médicaux.

**2.** Toutefois, les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement à la victime.

**ART.79. – 1.**Lorsque la victime d'un accident du travail est hospitalisée dans un établissement public, le tarif d'hospitalisation est le tarif le plus bas applicable aux malades payants et la même règle est applicable en ce qui concerne le tarif des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux dudit établissement à l'occasion des soins donnés à la victime.

**2.** Dans le cas où la victime est hospitalisée dans un établissement privé, la Caisse ne supporte les frais que dans la limite des tarifs de l'établissement hospitalier public de même nature le plus proche, sauf cas d'urgence ou circonstances exceptionnelles.

**3.** Sauf le cas d'urgence prévu à l'alinéa précédent, la Caisse ne peut couvrir les frais d'hospitalisation, de traitement et, le cas échéant, de transport de la victime, dans un établissement privé que si cet établissement a été agréé par la Santé publique.

### **SECTION 2.**

#### ***Indemnités journalières.***

**ART.80. – 1.**L'indemnité journalière prévue à l'article **11** du présent arrêté est payée à la victime par la Caisse à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à la réalisation du risque professionnel, sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation.

**2.** L'indemnité journalière peut être maintenue en tout ou partie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin, si cette reprise est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. Le montant total de l'indemnité maintenue et du salaire ne peut dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou, s'il est plus élevé, le salaire sur lequel est calculée l'indemnité journalière. En cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence.

**ART.81. – 1.**Le montant de l'indemnité journalière est égal aux deux tiers de la rémunération journalière moyenne de la victime.

**2.** La rémunération journalière moyenne s'obtient en divisant par **90** le total des rémunérations soumises à cotisation perçues par l'intéressé au cours des trois mois civils précédant celui au cours duquel l'accident est survenu. Au cas où la victime n'a pas travaillé pendant toute la durée des trois mois ou que le début du travail dans l'entreprise où l'accident est survenu remonte à moins de trois mois, la rémunération servant au calcul de la rémunération journalière moyenne est celle qu'elle aurait reçue si elle avait travaillé dans les mêmes conditions pendant la période de référence de trois mois.

**ART.82. – 1.**En cas d'incapacité temporaire et s'il survient une augmentation générale des salaires intéressant la catégorie à laquelle appartient la victime, le taux de l'indemnité journalière est révisé dans les mêmes proportions compte tenu de la date d'effet de l'augmentation des salaires.

**2.** En pareil cas, il appartient à la victime de demander à la Caisse la révision du taux de l'indemnité journalière en produisant toutes pièces justificatives, notamment une attestation de l'employeur.

**ART.83. – 1.**Si une aggravation de la lésion causée par l'accident entraîne pour la victime une nouvelle incapacité temporaire, l'indemnité journalière est calculée sur la base de la rémunération journalière moyenne perçue immédiatement avant l'arrêt du travail causé par cette aggravation.

**2.** En aucun cas cette indemnité journalière ne peut être inférieure à celle correspondant respectivement au salaire perçu au cours de la première interruption de travail, compte tenu le cas échéant de la révision opérée conformément aux dispositions de l'article **82** du présent arrêté.

**ART.84. – 1.**Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière due au travailleur âgé de moins de dix-huit ans ne peut être inférieur au salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi, de la profession en fonction duquel ont été fixés par voie d'abattement, dans le cadre des conventions collectives, les taux minimum de rémunération des jeunes travailleurs âgés de moins de dix-huit ans.

**2.** A défaut de cette référence, le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière ne peut être inférieur au salaire le plus bas des ouvriers adultes de la même catégorie occupés dans l'établissement ou à défaut dans l'établissement voisin similaire.

**3.** Toutefois, en aucun cas le montant de l'indemnité journalière ainsi calculée et due au jeune travailleur de moins de dix-huit ans ne pourra dépasser le montant de sa rémunération.

**ART.85 –** le salaire servant de base à la fixation de l'indemnité journalière due à l'apprenti ne peut être inférieur au salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi qualifié où l'apprenti aurait normalement été classé à la fin de l'apprentissage.

### **SECTION 3.**

### ***Rentes et allocations d'incapacité.***

**ART.86. – 1.**La rente d'incapacité permanente totale est égale à **85%** de la rémunération mensuelle moyenne de la victime.

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

**3.** La rémunération mensuelle moyenne servant de base au calcul de la rente d'incapacité est égale à **30** fois la rémunération journalière moyenne déterminée selon les dispositions de l'article **81** du présent arrêté. En aucun cas cette rémunération ne peut être inférieure à la rémunération minimum légale en vigueur dans la région à la date de l'accident.

**ART.87. –** Le montant de l'allocation d'incapacité est égal à trois fois le montant annuel de la rente correspondant au degré d'incapacité de la victime.

**ART.88. –** Les règles définies aux articles **84** et **85** pour le calcul de l'indemnité journalière des jeunes travailleurs et des apprentis sont applicables au calcul des rentes.

**ART.89. – 1.**Les rentes de survivants, dues à partir du décès de la victime, sont fixées en pourcentage de la rémunération servant de base au calcul de la rente d'incapacité permanente, à raison de :

- a) 20** pour cent pour la veuve ou le veuf ; en cas de pluralité de veuves, le montant est réparti définitivement entre elles par parts égales ;
- b) 10** pour cent pour chaque orphelin de père ou de mère ;
- c) 15** pour cent pour chaque orphelin de père et de mère ;
- d) 10** pour cent pour chaque ascendant qui au moment de la réalisation du risque professionnel est à la charge de la victime.

**2.** Toutefois, le montant total des rentes auxquelles ont droit les survivants de la victime ne peut dépasser le montant de la rente d'incapacité totale à laquelle celle-ci avait ou aurait eu droit. Si le total des rentes calculées conformément aux dispositions du présent article devait dépasser cette limite, chacune des rentes serait réduite en proportion. Cette réduction est définitive.

**3.** Le droit à la rente de veuve ou de veuf s'éteint en cas de remariage ; dans ce cas, la veuve ou le veuf remarié a droit à une allocation unique égale à six fois le montant mensuel de la rente.

**ART.90. – 1.**Si le bénéficiaire d'une rente d'incapacité permanente partielle est de nouveau victime d'un accident de travail, la nouvelle rente est fixée en tenant compte de l'ensemble des lésions subies et de la rémunération prise comme base de calcul de la rente précédente. Toutefois, si, à l'époque du dernier accident, la rémunération moyenne de la victime est supérieure à celle qui a été prise comme base de calcul de la rente initiale, la nouvelle rente est calculée d'après la rémunération la plus élevée.

2.Si le bénéficiaire d'une allocation d'incapacité est de nouveau victime d'un accident du travail et se trouve atteint d'une incapacité de travail supérieure à **15** pour cent, la rente est calculée en tenant compte de l'ensemble des lésions subies et de la rémunération prise comme base de calcul pour l'allocation d'incapacité. Si, à l'époque du dernier accident, la rémunération de la victime est supérieure à celle qui a été prise comme base de calcul de l'allocation, la rente est calculée d'après la rémunération la plus élevée. Dans tous les cas, son montant sera réduit, pour chacune des trois premières années suivant la liquidation de la rente, du tiers du montant de l'allocation d'incapacité allouée à l'intéressé.

#### **SECTION 4.**

##### ***ALLOCATION DE FRAIS FUNERAIRES.***

**ART.91.** – L'allocation des frais funéraires est égale à trente fois la rémunération journalière moyenne visée à l'article **81** du présent arrêté.

#### CHAPITRE III. – BRANCHE DE PRESTATIONS FAMILIALES.

#### **SECTION 1.**

##### ***DISPOSITIONS GENERALES.***

**ART.92.** – Les allocations prénatales, la prime à la naissance et les allocations familiales sont calculées en fonction des taux qui sont fixés par décret.

#### **SECTION 2.**

##### ***Allocations prénatales.***

**ART.93.** – 1.Le droit aux allocations prénatales est subordonné à la justification des examens prénatals, tels qu'ils sont prévus aux articles **63**, **64** et **65** du présent arrêté, consignés sur le carnet de grossesse et de maternité dont les feuillets correspondants doivent être envoyés ou remis à la Caisse.

2. tout examen non subi fait perdre le bénéfice de la prime correspondante.

3. Dans le cas où la mère n'a pu, par suite de force majeure, subir un des examens prénatals, la commission de recours gracieux de la Caisse peut décider le maintien de la totalité ou d'une partie des droits aux allocations prénatales.

**ART.94.** – 1.Les allocations prénatales sont normalement dues pour les neuf mois ayant précédé le premier jour du mois suivant la naissance. Cette règle reste valable, même si la naissance a lieu au cours d'un mois autre que celui de la date présumée de l'accouchement, à condition que le troisième examen ait été effectué.

2. Si la naissance survient avant le troisième examen, les allocations sont dues depuis le premier jour suivant le mois du début de la grossesse jusqu'à l'expiration du mois au cours duquel a eu lieu l'accouchement.

3. Si l'interruption de la grossesse précède le deuxième examen, les allocations sont dues en fonction du nombre de mois de grossesse, y compris le mois au cours duquel a eu lieu l'interruption de la grossesse.

### **SECTION 3.**

#### ***Allocations familiales.***

**ART.95.** – 1. Les allocations familiales sont payables à termes échus et à intervalles réguliers de trois mois.

2. Elles sont dues à partir du premier jour du mois qui suit la naissance de l'enfant ; en cas de décès de l'enfant, elles sont dues pour le mois entier du décès.

### **SECTION 4.**

#### ***INDEMNITE JOURNALIERE DE MATERNITE.***

**ART.96.** – 1. L'indemnité journalière de maternité est liquidée au prorata du nombre de jours ouvrables ou non ouvrables pendant lesquels le travail a été effectivement suspendu.

2. L'indemnité journalière afférente à la période de repos postérieure à l'accouchement est due même si l'enfant n'est pas né viable.

**ART.97.** – Lorsque le mari et la femme sont tous les deux des salariés pouvant prétendre aux prestations familiales, celles-ci sont établies et liquidées du chef de l'activité professionnelle du mari.

### **CHAPITRE IV. – DISPOSITIONS COMMUNES.**

#### **SECTION 1.**

##### ***Définition des périodes d'assurance.***

**ART.98.** – Pour l'ouverture du droit aux prestations, sont prises en considération les périodes d'assurance assimilées énumérées ci-dessous :

1° Les périodes d'assurance figurant sur les comptes individuels des assurés tenus par la Caisse ;

2° Les périodes d'assurance pour lesquelles d'autres modes de preuve seront acceptés par la Caisse ;

3° Toute période pendant laquelle l'assuré a perçu des indemnités journalières au titre des risques professionnels ou de la maternité ou a été indemnisé soit dans les conditions prévues à l'article 31 du livre 1<sup>er</sup> du Code du Travail, soit pendant la durée du congé payé dans la limite fixée à l'article 22 du livre II du Code du Travail, soit pendant les délais de route et les périodes d'attente définies à l'article 35 du livre II du Code du Travail. Les périodes indemnisées au titre des articles susvisés du Code du Travail doivent avoir donné lieu à cotisation.

**ART.99.** – Le demandeur peut établir la preuve des services qu'il déclare avoir accomplis et des rémunérations dont il déclare avoir bénéficié en produisant :

- 1° son livret d'assurance ;
- 2° les documents qui lui ont été délivrés lors de chaque paie par les employeurs successifs ;
- 3° les attestations délivrées par les employeurs à l'expiration de chaque période de service ;
- 4° à défaut des documents prévus ci-dessus, le témoignage écrit d'au moins deux personnes recueilli par l'autorité locale compétente. Cette preuve ne peut être invoquée que pour la durée des services accomplis.

**ART.100.** – En cas de discordance entre les documents produits par le demandeur et les renseignements dont la Caisse dispose, ces derniers renseignements sont retenus à titre provisionnel pour le calcul des prestations. La Caisse invite dans ce cas le demandeur à fournir des précisions complémentaires.

**ART.101.** – 1. L'expression « **mois d'assurance** » désigne tout mois civil au cours duquel l'assuré a, pendant quinze jours au moins, ouvrables ou non, continus ou discontinus, effectué au moins quatre-vingts heures de travail pour un salaire au moins égal à la moitié du salaire mensuel minimum interprofessionnel garanti.

2. Toute période continue de services de quinze jours au moins comprises dans deux mois civils compte pour un mois d'assurance. Elle se rattache au mois civil au cours duquel a été accomplie la plus grande partie de cette période.

3. Les dispositions des deux alinéas qui précèdent ne peuvent être appliquées cumulativement pour les mêmes périodes.

4. Lorsqu'une période de services continus couvre plus d'un mois civil, la durée des services effectués avant le premier et après le dernier mois entier de services est comptée pour un mois d'assurance si elle atteint au total **15** jours au moins.

5. Dans le cas où la rémunération des services est calculée à la pièce ou à la tâche, est considérée comme mois d'assurance le mois civil au cours duquel la rémunération servie est au moins égale à quinze fois la rémunération journalière minimum légale du lieu de l'emploi.

6. Lorsqu'il ne peut être déterminé à quels mois se rapportent les rémunérations des travaux à la pièce ou à la tâche, le nombre de mois d'assurance pourra être fixé en divisant le total des rémunérations servies pour un trimestre, un semestre ou une année, par un montant égal à quinze fois la rémunération journalière minimum légale du lieu de l'emploi, sans que le quotient ainsi obtenu puisse être supérieur au nombre de mois civils compris dans la période prise en considération.

## **SECTION 2.**

### ***Assistance d'une tierce personne.***

**ART.102.** – 1. Le titulaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité, qui 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 de sa rente ou pension. En aucun cas, cette majoration ne peut être inférieure au salaire minimum fixé au paragraphe **3** de l'article **86** du présent arrêté.

2. Le supplément visé au paragraphe précédent est maintenu à l'invalidé dont la pension est remplacée par une pension de vieillesse lorsqu'il atteint l'âge de l'ouverture du droit à cette dernière prestation.

### **SECTION 3.**

#### ***Recours contre le tiers responsable.***

**ART.103. – 1.**Lorsque l'événement ouvrant droit à prestations est dû à la faute d'un tiers, la Caisse doit verser à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par le présent arrêté. L'assuré ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable le droit de réclamer, conformément au droit commun, la réparation du préjudice causé mais la Caisse est subrogée de plein droit à l'assuré et à ses ayants droit pour le montant des prestations octroyées ou des capitaux constitutifs correspondants qui sont calculés au moyen du tarif annexé au présent arrêté.

2. L'employeur, ses préposés et les salariés ne sont considérés comme des tiers que s'ils ont provoqués intentionnellement l'accident ou la maladie.

3. Le règlement amiable intervenu entre le tiers responsable et l'assuré ou ses ayants droit ne peut être opposé à la Caisse que si elle avait été invitée à participer à ce règlement.

4. En l'absence d'une action en dommages et intérêts, la Caisse peut tenter un recours direct pour la récupération des prestations versées dans les cas d'accidents où la responsabilité d'un tiers est engagée.

### **SECTION 4.**

#### ***CUMULS DES PENSIONS ET RENTES.***

**ART.104. – 1.**Si, à 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 travailleur résultant d'un accident du travail, les survivants ont droit simultanément à une rente et à une pension de survivants, le versement de la pension de survivants est suspendu jusqu'à concurrence du montant de la rente de survivants.

3. En cas de cumul de deux ou plusieurs pensions ou rentes allouées en vertu des dispositions du présent arrêté, le titulaire a droit à la totalité de la pension ou de la rente dont le montant est le plus élevé et à la moitié de l'autre ou des autres pensions ou rentes.

4. Le cumul entre une pension de survivant et le bénéfice des allocations familiales au titre des mêmes enfants n'est pas admis.

### **SECTION 5.**

#### ***Révision des pensions et des rentes en cas d'aggravation ou d'atténuation de l'infirmité.***

**ART.105.** – Les pensions d'invalidité et les rentes d'incapacité sont toujours concédées à titre temporaire. Si, après leur liquidation, une aggravation ou une atténuation de l'invalidité ou de l'incapacité est dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse, il est procédé soit sur l'initiative de la Caisse, soit sur la demande du titulaire, à une révision de la pension ou de la rente qui, selon le changement constaté, sera majorée à partir de la date de l'aggravation ou réduite ou suspendue à partir du jour de l'échéance suivant la notification de la décision.

**ART.106.** – 1.En vue de déceler cette modification, la Caisse peut faire procéder par un médecin désigné ou agréé par elle à des examens de contrôle de l'état du titulaire de la pension ou de la rente. Ces examens peuvent avoir lieu à des intervalles de six mois, au cours des deux premières années suivant la date de la guérison apparente ou de la consolidation de la blessure et d'un an après l'expiration de ce délai.

2. Aucune révision sur l'initiative de la Caisse ne peut plus intervenir après un délai de cinq ans suivant la date de la guérison apparente ou de la consolidation de la lésion.

**ART.107.** – 1.Le titulaire est informé au moins six jours à l'avance par lettre recommandée ou par tout autre procédé certain de notification de l'heure et du lieu de l'examen médical de contrôle. Les frais de transport et de séjour sont à la charge de la Caisse.

2.Si le titulaire, en raison de son état, n'est pas en mesure, de se rendre au lieu indiqué, il doit en aviser immédiatement la Caisse.

3.Le titulaire ne peut refuser de se prêter aux examens de contrôle sous peine de s'exposer à une suspension du service de la pension ou de la rente.

**ART.108.** – Si l'aggravation de la lésion entraîne pour le titulaire une nouvelle incapacité temporaire et la nécessité d'un traitement médical, la Caisse paye les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques et les frais d'hospitalisation, ainsi que, le cas échéant, la fraction d'indemnité journalière qui excède le montant correspondant de la rente d'incapacité maintenue pendant cette période.

**ART.109.** – 1.La demande tendant à une nouvelle fixation des réparations motivée par une aggravation de l'infirmité du titulaire ou son décès par suite de conséquence de l'accident ou de l'invalidité est présentée à la Caisse, soit par simple déclaration, soit par lettre recommandée.

2. Les justifications nécessaires et notamment le certificat du médecin traitant, sont fournies à l'appui de la demande.

**ART.110.** – Toute nouvelle fixation des réparations motivée par une aggravation ou une atténuation de l'infirmité ou par le décès de la victime fait l'objet d'une décision de la Caisse qui doit être notifiée sans retard à la victime ou à ses ayants droit. Cette décision doit obligatoirement mentionner les voies de recours ouvertes à la victime ou à ses ayants droit et préciser les formes et délais dans lesquels les recours doivent être introduits.

#### **TITRE IV**

##### **Service des prestations.**

## CHAPITRE PREMIER. – NOTIFICATION DES DECISIONS.

**ART.111.** – Les décisions accordant ou refusant les prestations sont notifiées au demandeur par lettre recommandée avec accusé de réception.

**ART.112.** – Les décisions accordant une pension, une rente ou une allocation doivent obligatoirement comporter les renseignements suivants :

- 1° le numéro d'immatriculation, le nom et le prénom de l'assuré ;
- 2° le nom et le prénom du bénéficiaire des prestations ;
- 3° le numéro du dossier ou de la décision ;
- 4° la nature de la prestation ;
- 5° le montant mensuel de la pension, de la rente ou le montant de l'allocation ;
- 6° la date de prise d'effet de la pension ou de la rente ;
- 7° éventuellement la date de révision ;
- 8° les dates des échéances trimestrielles de paiement.

**ART.113.** – Les décisions refusant une prestation seront motivées et comporteront obligatoirement les indications prévues aux paragraphes 1, 2, 3 et 4 de l'article précédent. Elles devront obligatoirement mentionner les voies de recours ouvertes au demandeur et préciser les formes et délais dans lesquels les recours doivent être introduits.

## CHAPITRE II. – PAIEMENT DES PRESTATIONS.

### SECTION 1.

#### ***PENSIONS DE VIEILLESSE, INVALIDITE ET DECES, RENTES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DE MALADIES PROFESSIONNELLES.***

**ART.114.** – Les pensions et les rentes sont payées à terme échu à l'expiration de chaque trimestre. Toutefois, le Conseil d'Administration de la Caisse peut déterminer dans quelles régions et sous quelles conditions les prestations sont versées mensuellement. Il peut également arrêter d'autres modalités de versement des prestations.

**ART.115.** – Les arrérages trimestriels sont versés sans frais au bénéficiaire lorsqu'il s'agit de pensions de vieillesse, d'invalidité et de veuve ou de veuf et de rentes d'incapacité permanente, et à la personne ou à l'organisme qui a en fait la garde des enfants lorsqu'il s'agit de pensions d'orphelins.

**ART.116.** – Tout changement de résidence d'un bénéficiaire doit être signalé par celui-ci à la Caisse.

**ART.117.** – Les bénéficiaires d'une pension ou d'une rente sont tenus de faire parvenir chaque année à la Caisse un certificat de vie ou un document équivalent établi par l'autorité locale compétente. Ce certificat devra mentionner la date à laquelle il a été établi et lorsqu'il concerne une veuve ou un veuf bénéficiaire, préciser si l'intéressé est ou non remarié.

**ART.118.** – La personne ou l'organisme à qui une pension d'orphelin est payée est tenu de faire parvenir périodiquement à la Caisse les certificats médicaux, de scolarité ou d'apprentissage dans les mêmes conditions que pour l'attribution des prestations familiales.

**ART.119.** – 1.Les tribunaux compétents peuvent désigner une personne pour recevoir, au nom du bénéficiaire la pension ou la rente, en cas d'empêchement prolongé pour cause de maladie ou d'invalidité.

2. La décision est communiquée à la Caisse par extrait du jugement signé par le Président du tribunal qui l'a rendu.

**ART.120.** – En cas de décès d'un bénéficiaire, les arrérages qui ne lui ont pas été payés sont versés à la veuve ou à défaut aux orphelins bénéficiaires d'une pension d'orphelin. A défaut de veuve et d'orphelins bénéficiaires ces arrérages reviennent à la succession.

**ART.121.** – 1.Les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants et les rentes d'incapacité permanente cessent d'être attribuées à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel les conditions requises pour leur attribution ne sont plus réunies.

2. Leur attribution est rétablie le premier jour du mois suivant celui au cours duquel ces conditions sont à nouveau réunies.

**ART.122.** – 1.Une allocation provisionnelle à déduire lors du paiement des premiers arrérages de la rente peut être versée à la veuve ou aux ayants droit sur leur demande.

2. Le montant de l'avance et les modalités de remboursement par prélèvement sur les premiers arrérages sont fixés par la Caisse.

## **SECTION 2.**

### ***PRESTATIONS FAMILIALES.***

**ART.123.** – 1.Les allocations prénatales sont payées à la mère dans les conditions ci-après :

- deux mensualités après le premier examen ;
- quatre mensualités après le deuxième examen ;
- le solde après le troisième examen.

2. Dans les cas de prolongation du délai de production du certificat médical du premier examen, visés au paragraphe 3 de l'article 61 du présent arrêté, les allocations prénatales sont payées en deux fractions.

3. La première a lieu après le premier examen et comprend autant de mensualités qu'il y a de mois écoulés depuis la date présumée de la conception.

4. La deuxième est versée après le deuxième examen vers le huitième mois de grossesse.

**ART.124.** – 1.Si le médecin atteste que les prescriptions pour la protection sanitaire de la mère et de l'enfant ne sont pas respectées, le bureau du Conseil d'Administration de la Caisse est appelé, après enquête, à se prononcer sur la suppression éventuelle de tout ou partie de la fraction de l'allocation venant à échéance.

2. L'attestation visée au paragraphe précédent pourra être portée sur le carnet de grossesse et de maternité de l'intéressée, au feuillet de visite médicale correspondante.

**ART.125.** – Le montant total ou partiel de la prime à la naissance payé en espèces fait l'objet d'un seul versement à l'occasion de la naissance du ou des enfants ouvrant droit au bénéfice de cette prime.

**ART.126.** – 1.Les allocations familiales sont payées à la mère. Toutefois, temporairement, le paiement pourra être effectué au père.

2. Lorsque l'attributaire se trouve dans l'impossibilité matérielle d'assumer la charge et la garde de l'enfant, les allocations sont payées à la personne désignée par l'allocataire et ayant la charge effective et la garde permanente de l'enfant.

**ART.127.** – L'indemnité journalière de maternité est payée selon la demande de l'intéressée, soit à l'expiration de chaque mois, soit au terme des périodes antérieures et postérieures à l'accouchement.

**ART.128.** – Si l'employeur maintient à la femme salariée pendant la période de repos légal de couches tout ou partie de son salaire, il est subrogé de plein droit à l'intéressée dans les droits de celle-ci aux indemnités journalières de maternité qui lui sont dues par la Caisse sous les conditions suivantes :

1° l'employeur doit être en règle au regard de ses obligations vis-à-vis de la Caisse ;

2° la partie du salaire payée par l'employeur doit être au moins égale à l'indemnité due par la Caisse.

**ART 129.** – Le Conseil d'Administration peut autoriser certains employeurs à assurer le paiement des prestations familiales dans les conditions fixées aux articles **130** et **131** du présent arrêté.

**ART.130.** – 1.Les employeurs autorisés à assurer le service des prestations en espèces doivent transmettre à la Caisse les demandes de prestations accompagnées des pièces justificatives qui leur seraient présentées par leurs travailleurs.

2. Ils doivent également, à la demande de l'intéressé, faire connaître à la Caisse toute modification intervenue dans la composition de la famille des travailleurs immatriculés, susceptible de modifier leurs droits aux prestations.

**ART.131.** – 1.La Caisse adresse périodiquement à l'employeur les bordereaux de paiement des prestations sur lesquels figurent les numéros d'immatriculation et les noms des allocataires, la nature et le montant des prestations à payer et la période à laquelle elle se rapporte.

2. Dans le cadre des dispositions du paragraphe **2** de l'article **38** de la loi n° **67.039** du 3 février 1967, portant institution d'un régime de Sécurité sociale, les prestations familiales sont à titre exceptionnel payées par l'employeur au travailleur salarié.

3. Les bordereaux de paiement sont acquittés par l'allocataire pour constatation du paiement, visé à la date par l'employeur et retournés à la Caisse dans le mois qui suit l'échéance des prestations. Si l'allocataire est illettré, le paiement est valablement effectué devant deux délégués du personnel, à défaut devant deux témoins.

### CHAPITRE III. – CONTROLE MEDICAL DES SOINS ET DES PRESTATIONS FOURNIES AUX VICTIMES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL.

#### SECTION 1.

##### *Modalités du contrôle médical.*

**ART.132. – 1.**La Caisse peut à tout moment faire procéder à un examen de la victime par un médecin désigné ou agréé par elle, notamment dès qu'elle a connaissance de l'accident, pendant la période d'incapacité temporaire, en cas de rechute et au moment de la guérison ou de la consolidation de la blessure.

2. Elle peut également à tout moment, faire contrôler sur le plan administratif par ses agents, les victimes des accidents du travail à qui elle sert des prestations.

**ART.133. – 1.**La victime est tenue de présenter à toute réquisition du service de contrôle médical de la Caisse, tous certificats médicaux, radiographies, examens de laboratoires et ordonnances en sa possession.

2. Elle doit faire connaître, le cas échéant, les accidents du travail et les maladies professionnelles antérieures et au cas où il s'agit de rechute, fournir tous renseignements qui lui sont demandés sur son état de santé antérieur.

**ART.134. –** Les décisions prises par la Caisse à la suite du contrôle médical doivent être immédiatement notifiées à la victime.

**ART.135. –** Pour tous les actes de contrôle médical, la victime a le droit de se faire assister par son médecin traitant. Les honoraires de ce dernier sont à la charge de la Caisse et sont réglés d'après un tarif fixé par le ministre du travail.

**ART.136. – 1.**La victime est tenue d'observer rigoureusement les prescriptions du praticien, notamment le repos au lit et à la chambre qui a pu lui être ordonné. Elle ne peut quitter sa résidence que si le praticien le prescrit dans un but thérapeutique.

2. Lorsque le médecin traitant juge nécessaire l'envoi en convalescence de la victime, il doit en aviser la Caisse avant son départ et celle-ci doit faire connaître son avis dans un délai de huit jours. La victime doit, pendant la durée de sa convalescence, se soumettre au contrôle dans les conditions fixées par la Caisse.

**ART.137. – 1.**en cas d'hospitalisation, la victime doit se soumettre aux prescriptions des médecins et au règlement de l'établissement.

2. La victime ne doit se livrer à aucun travail, rémunéré ou non, au cours de la période d'incapacité temporaire, sauf, bien entendu, dans le cas de reprise d'un travail léger autorisé dans les conditions prévues par la réglementation.

**ART 138. – 1.**La victime ne peut se soustraire aux divers contrôles pratiqués par la Caisse.

2. En cas de refus injustifié, les prestations et les indemnités sont suspendues pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible. Notification en est adressée à l'intéressé.

## **SECTION 2.**

### ***Procédure d'expertise.***

**ART.139.** – 1. Dans tous les cas où il y a désaccord sur l'état de l'accidenté entre le médecin désigné ou agréé par la Caisse et le médecin traitant, il est procédé à un nouvel examen par un médecin expert agréé choisi sur une liste dressée par le ministre du travail.

2. L'expert ne peut être ni le médecin désigné ou agréé par la Caisse, ni le médecin traitant, ni le médecin attaché à l'entreprise, ni le médecin du service médical interentreprises.

3. Faute d'accord du médecin traitant et du médecin désigné ou agréé par la Caisse sur le choix du médecin expert, ce dernier est choisi par le directeur du Travail, après avis du Service de la santé.

4. L'expert convoque sans délai la victime ou se rend à son chevet ; il est tenu de remettre son rapport à la Caisse et au médecin traitant dans un délai maximum d'un mois à compter de la date à laquelle il a été saisi du dossier, faute de quoi il est pourvu à son remplacement, sauf le cas de circonstances spéciales justifiant une prolongation de délai.

5. L'avis de l'expert n'est pas susceptible de recours.

**ART.140.** – 1. Les frais de déplacement de la victime ou de ses ayants droit qui doivent quitter leur résidence pour répondre à la convocation du médecin désigné ou agréé par la Caisse ou du médecin traitant, ou se soumettre à une expertise, à un contrôle ou à un traitement, sont à la charge de la Caisse et remboursés d'après un tarif fixé par le ministre du Travail.

2. Les frais de déplacement comprennent le cas échéant, les frais de transport, les frais de séjour et l'indemnité compensatrice de perte de salaire.

**ART.141.** – Les honoraires dus au médecin traitant, au médecin expert ou au médecin spécialiste, ainsi que leurs frais de déplacement sont également à la charge de la Caisse et remboursés d'après un tarif fixé par le ministre du Travail.

**ART.142.** – Lorsque l'examen ou l'expertise ont été prescrits à la requête de la victime ou de ses ayants droit et que leur contestation est reconnue manifestement abusive, la Caisse peut demander à la juridiction compétente de mettre à leur charge tout ou partie des honoraires et frais correspondants.

## **CHAPITRE IV. – DISPOSITIONS DIVERSES.**

### **SECTION 1.**

#### ***SUSPENSION ET SUPPRESSION DES PRESTATIONS.***

**ART.143.** – 1. Les prestations sont supprimées lorsque l'incapacité de travail ou le décès sont la conséquence d'un crime ou d'un délit commis par le bénéficiaire ou d'une faute intentionnelle de sa part.

2. Les prestations sont suspendues, lorsque le titulaire ne réside pas sur le territoire national, sauf en cas d'accords de réciprocité ou de conventions internationales, lorsqu'il purge une peine privative de liberté, ou 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 pour la conduite des bénéficiaires de prestations.

## **SECTION 2.**

### ***Délais de prescription.***

**ART.144.** – 1.Le droit aux indemnités journalières d'accident ou de maternité, et aux allocations funéraires est prescrit par douze mois.

2. Le droit aux pensions, rentes et allocations de vieillesse, d'invalidité, d'incapacité ou de survivants est prescrit par cinq ans ; toutefois, les arrérages des rentes ou des pensions ne sont pas versés pour une période antérieure excédant douze mois.

**ART.145.** – 1.Le droit au bénéfice des prestations familiales en espèces est prescrit par douze mois conformément aux dispositions ci-après :

- lorsqu'il s'agit de prestations familiales pour lesquelles nait à chaque échéance un droit pour l'allocataire ayant des enfants à charge (**allocations familiales**), il ne sera pas possible de payer que les prestations afférentes aux douze mois précédant la demande présentée ;
- lorsqu'il s'agit de prestations familiales pour lesquelles le droit de l'allocataire ne s'ouvre qu'à une date déterminée (**allocations prénatales, prime à la naissance, indemnités journalières de maternité**), l'action de l'allocataire introduite plus de douze mois après l'ouverture du droit ne sera pas recevable.

2. Les prestations en nature visées à l'article **30** ci-dessous sont servies dans les conditions et délais qui seront définis par le Conseil d'Administration de la caisse.

## **SECTION 3.**

### ***SAISIE-ARRET.***

**ART.146.** – Les prestations sont incessibles et insaisissables sauf dans les mêmes conditions et limites que les salaires pour le paiement des dettes alimentaires.

## **CAHPITRE V. – CONTENTIEUX.**

**ART.147.** – 1.les réclamations formées contre les décisions prises par la Caisse en application des dispositions du présent arrêté, sont soumises à la commission de recours gracieux.

2. Les requérants saisissent la commission de recours gracieux par lettre recommandée ou par dépôt à la Caisse, qui dans les deux cas, doit en accuser réception.

3.La commission de recours gracieux statue et notifie sa décision aux intéressés. Cette décision doit être motivée. En cas de partage des voix au sein de la commission, il est statué par le Conseil d'Administration.

**ART.148. – 1.**Les requérants disposent d'un délai de deux mois à compter de la notification de la décision de la commission de recours gracieux pour saisir de leurs litiges avec la Caisse le Tribunal du travail qui statue dans les conditions prévues au titre I<sup>er</sup> du livre IV du Code du Travail, sans qu'une tentative de conciliation préalable soit nécessaire.

**2.** Lorsque la décision prise par la commission de recours gracieux n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans le délai de deux mois suivant la date de sa réclamation, celui-ci peut considérer sa demande comme rejetée et saisir le Tribunal du travail dans le délai prévu au paragraphe précédent qui commence à courir à compter de la date du rejet implicite de la demande.

**ART.149. – 1.**Le Tribunal du travail peut ordonner l'exécution par provision de toutes ses décisions.

**2.** En matière d'accidents du travail, les décisions relatives à l'indemnité journalière sont, nonobstant appel, exécutoires par provision pour l'indemnité échue depuis l'accident jusqu'au trentième jour qui suit l'appel. Passé ce délai, l'exécution provisoire ne peut être confirmée que de mois en mois sur requête adressée pour chaque période mensuelle au Président du Tribunal du travail, dont la décision a été frappée d'appel, statuant seul.

**3.** Les avances éventuellement allouées peuvent toujours être modifiées en cours d'instance par le Tribunal. Elles sont, comme les rentes, incessibles et insaisissables et payables dans les mêmes conditions que l'indemnité journalière.

**4.** Lorsque le montant de la provision excède les arrérages dus jusqu'à la date de la fixation de la rente, le Tribunal peut ordonner que le surplus soit précompté sur les arrérages ultérieurs, dans les proportions qu'il détermine.

**ART.150. –** Outre les sanctions prévues à l'article 72 de la loi n° 67.039 du 3 février 1967, l'employeur non affilié à la Caisse est tenu de verser le montant du capital constitutif de la rente d'incapacité servie à un de ses travailleurs. Ce capital est égal au montant de la rente annuelle multiplié par le coefficient figurant dans le tableau annexé au présent arrêté.

## **TITRE V.**

### **Conditions de fournitures des appareils de prothèses et d'orthopédie en matière d'accidents du travail.**

#### **CHAPITRE PREMIER. – FOURNITURES DES APPAREILS.**

**ART.151. – 1.**L'appareillage comporte les appareils de prothèse et d'orthopédie proprement dits, leurs systèmes d'attaches et tous autres accessoires nécessaires à leur fonctionnement, y compris notamment les chaussures adaptées aux membres inférieurs artificiels.

**2.** La victime a le droit de choisir l'appareil convenant à son infirmité parmi les types agréés figurant sur une nomenclature fixée par le ministre de la Santé.

**3.** La victime a droit, pour chaque infirmité, à un appareil, et, selon son infirmité, à un appareil de secours, à une voiture ou à un fauteuil roulant. Ne peuvent toutefois prétendre à une voiturette ou à un fauteuil roulant que les mutilés atteints de lésions graves et incurables du système locomoteur. Les mutilés des membres inférieurs ont droit à un appareil

provisoire avant l'appareillage définitif. En aucun cas, cet appareil provisoire ne pourra être considéré comme appareil de secours.

**ART.152.** – Il appartient à la victime qui demande la réparation ou le remplacement d'un appareil utilisé antérieurement à l'accident, d'établir que cet accident a rendu l'appareil inutilisable. Sauf le cas de force majeure, elle est tenue de présenter ledit appareil au médecin ou au dentiste désigné ou agréé par la Caisse, et à la commission d'appareillage prévue à l'article **157** du présent arrêté.

**ART.153.** – La victime doit se faire inscrire au centre d'appareillage qui lui sera indiqué par la Caisse.

**ART.154.** – 1.Pour obtenir la fourniture, la réparation, le renouvellement ou le remplacement d'appareils d'orthopédie ou de prothèse, la victime est tenue de s'adresser :

- soit à des fournisseurs agréés par la Caisse ;
- soit au centre d'appareillage qui sera créé par le ministre de la Santé ;
- soit aux fournisseurs agréés par ce centre ;
- soit au centre d'appareillage qui pourra être créé par la Caisse.

2. Ces dispositions ne sont toutefois pas applicables à la prothèse dentaire, sauf en ce qui concerne la prothèse maxillo-faciale, ni aux accessoires et objets de petit appareillage désignés par la commission prévue à l'article **157** du présent arrêté.

**ART.155.** – 1.Le centre d'appareillage remet à la victime un livret d'appareillage sur lequel sont mentionnés le type, le nombre et la nature des appareils délivrés, les réparations et les renouvellements effectués, les dates de réception par la commission d'appareillage, les frais correspondant à chacune de ces opérations.

2. Le livret doit être présenté au centre qui en assure la mise à jour lors de chaque réparation ou renouvellement, ainsi qu'à toute demande de la Caisse.

3. Tout livret qui n'a plus d'utilisation doit être renvoyé au centre.

**ART.156.** – Il est tenu au centre pour chaque victime une fiche permanente comportant les renseignements mentionnés sur le livret d'appareillage visé à l'article précédent.

## **CHAPITRE II. – COMMISSION D'APPAREILLAGE.**

**ART.157.** – Il est institué auprès du centre d'appareillage une commission d'appareillage, dont la composition est fixée par le ministre de la Santé.

**ART.158.** – 1.La commission d'appareillage reconnaît la mutilation ou l'infirmité, guide l'intéressé dans le choix de l'appareil, réceptionne les appareils livrés par les fournisseurs agréés, constate la nécessité des réparations et du renouvellement de tous appareils de prothèse ou d'orthopédie, et généralement, fait toutes propositions relatives à l'appareillage des mutilés du travail.

2. En ce qui concerne les mutilés ayant opté pour l'appareillage par la Caisse, la commission désigne parmi les fournisseurs agréés par celle-ci, ceux qui sont qualifiés pour effectuer les commandes et les réparations, et leur impute les réparations nécessitées par des vices de fabrication ainsi que le renouvellement des appareils, dont la fabrication défectueuse a entraîné la réforme avant des délais normaux d'usure.

**ART.159. – 1.**Les propositions formulées par la commission d'appareillage sont, dans tous les cas, consignées sur un bulletin, dont un exemplaire est envoyé par le centre à la Caisse et à la victime.

**2.** Les propositions de la commission sont, selon le mode d'appareillage choisi par la victime, exécutées par le centre ou notifiées pour exécution au fournisseur agréé, à l'expiration d'un délai de quinze jours suivant l'envoi du bulletin prévu à l'alinéa précédent, si la Caisse n'a pas fait connaître à la commission qu'elle s'opposait à cette exécution et si la victime n'a pas formulé de réclamation. Dans le cas contraire, la commission d'appareillage procède à un nouvel examen ; elle fait connaître à la Caisse et à la victime si elle maintient ou non ses propositions. La Caisse prend une décision dans un nouveau délai de quinze jours et la notifie à la commission d'appareillage.

**ART.160. – 1.**Les appareils et leurs accessoires ne peuvent être ni cédés, ni vendus. Sauf le cas de force majeure, les appareils non représentés ne sont pas remplacés.

**2.** La victime d'un accident du travail est responsable de la garde et de l'entretien de ses appareils ; les conséquences de détérioration ou de pertes provoquées intentionnellement ou résultant d'une négligence flagrante demeurent à sa charge.

**3.** En cas de décès du bénéficiaire, la voiturette ou le fauteuil roulant doit être remis au centre d'appareillage.

**ART.161. – 1.**Aucune opération de réparation ou de renouvellement d'un appareil usagé ne doit être effectuée sans l'avis favorable de la commission.

**2.** Le renouvellement n'est accordé que si l'appareil est hors d'usage et reconnu irréparable. Toutefois si le mutilé est atteint de lésions évolutives, son appareil est renouvelable chaque fois que le nécessitent non seulement l'état de l'appareil mais aussi les modifications de la lésion.

**3.** La commission peut, si elle ne reconnaît pas la nécessité du renouvellement demandé, prescrire une simple réparation.

**4.**le mutilé qui, par de fausses déclarations ou de quelque manière que ce soit, aurait obtenu un nombre d'appareils supérieur à celui auquel il a droit, est tenu au remboursement du prix des appareils indûment perçus.

**ART.162. – 1.**Lorsque le mutilé a exprimé le désir de faire effectuer la réparation ou le renouvellement de son appareil par un fournisseur agréé de son choix, le centre transmet à ce dernier l'appareil et la demande de l'intéressé en lui faisant connaître l'avis émis par la commission.

**2.** Si le délai de garantie de l'appareil n'est pas encore expiré, le fournisseur chargé de la réparation ne peut être que le fournisseur garant.

**3.** Le fournisseur procède à la réparation de l'appareil usagé ou à la fourniture d'un appareil neuf ; il fait réceptionner l'appareil par la commission d'appareillage qui a autorisé l'opération et livre ou expédie au mutilé l'appareil réceptionné.

**ART.163. – 1.**Avant d'être accepté et inscrit sur le livret, chaque appareil doit être utilisé pendant quinze jours. Lors de la livraison d'un appareil fourni ou réparé par le centre ou par un fournisseur agréé, le centre délivre au mutilé un certificat de convenance.

2. Dès que l'appareil est accepté, mention en est portée sur le livret d'appareillage. Lorsque la commission d'appareillage constate que le port d'un appareil n'est plus médicalement justifié, elle le mentionne avec avis motivé sur le livret d'appareillage qui est retiré à l'intéressé, et en avise la Caisse.

**ART.164.** – Les frais d'appareillage à la charge de la Caisse comprennent :

1. Les frais d'acquisition, de réparation et de renouvellement des appareils dans la limite des maxima fixés par la convention conclue entre la Caisse et le centre visé à l'article **153** du présent arrêté.

2. Les frais d'expédition des appareils et autres frais accessoires que pourraient comporter les opérations de fournitures, de réparation et de renouvellement.

3. Les frais légitimes de déplacement exposés par la victime lors de chacune de ses visites soit au centre d'appareillage, soit à son fournisseur ; une indemnité compensatrice de perte de salaire et les frais de séjour évalués selon un barème fixé par arrêté du ministère du Travail.

Le mutilé qui se présente sans avoir été convoqué ou en dehors du jour fixé perd son droit au remboursement des frais de déplacement. S'il ne peut se présenter au jour fixé, il doit en aviser le centre qui lui adresse une autre convocation.

4. Une quote-part des frais entraînés par le fonctionnement administratif du centre pour l'appareillage des mutilés du travail. Cette quote-part est fixée par la convention prévue à l'alinéa un ci-dessus, dans la limite de **10%** du montant des frais de fourniture ou de réparation des appareils réceptionnés par ledit centre.

**ART.165.** – 1. En matière de prothèse dentaire, sauf pour la prothèse maxillo-faciale à laquelle sont applicables les dispositions précédentes, les mutilés se font appareiller chez un praticien de leur choix après décision de la Commission d'appareillage.

2. La Caisse paie directement le praticien sur la présentation de la note de frais établie sur la base d'un tarif fixé par le ministre de la Santé.

## **TITRE VI.**

### **Mesures de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle Et de reclassement en faveur des victimes d'accidents du travail.**

#### **CHAPITRE PREMIER. – READAPTATION FONCTIONNELLE.**

**ART.166.** – 1. La victime peut bénéficier d'un traitement spécial en vue de sa réadaptation fonctionnelle. Ce bénéfice lui est accordé soit sur sa demande, soit sur l'initiative de la Caisse, après un examen médical spécial auquel il est procédé conjointement par le médecin traitant de la victime et par un médecin désigné ou agréé par la Caisse.

2. En cas de désaccord entre les deux praticiens, il est procédé à un nouvel examen par un expert désigné par les deux médecins ou, à défaut d'accord, par le directeur du Travail, après avis du service de la Santé.

3. L'avis technique de l'expert ne peut faire l'objet d'aucun recours. Il doit être communiqué à la victime.

**ART.167.** – 1.Conformément à cet avis, la Caisse statue sur la nature et la durée du traitement nécessité par l'état de l'intéressé.

2. La décision de la Caisse, susceptible de recours contentieux, est notifiée à la victime par lettre recommandée ou par tout autre moyen certain de notification. Une copie de la décision est adressée au médecin traitant.

**ART.168.** – 1.Le traitement en vue de la réadaptation fonctionnelle peut comporter l'admission dans un établissement public ou dans un établissement privé agréé par les autorités médicales.

2. Les frais nécessités par le traitement sont à la charge de la Caisse.

**ART.169.** – 1.Pendant toute la période de traitement, la victime a droit à l'indemnité journalière prévue à l'article 11 du présent arrêté.

2.Si la victime est titulaire d'une rente servie par la Caisse, à raison de l'incapacité permanente résultant de l'accident ayant nécessité la réadaptation fonctionnelle, la Caisse paie, s'il y a lieu, la fraction d'indemnité journalière qui excède le montant correspondant de la rente.

**ART.170.** – Le bénéficiaire du traitement de réadaptation est tenu :

1° De se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits par l'autorité médicale responsable de la réadaptation ;

2° de se soumettre aux visites médicales et contrôles organisés par la Caisse ;

3° de s'abstenir de toute activité non autorisée ;

4° d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation et son reclassement professionnel.

**ART.171.** – Les accidents qui surviendraient à la victime au cours de son stage de réadaptation fonctionnelle, par le fait ou à l'occasion de cette réadaptation, sont assimilés aux accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail et réparés comme tels.

**ART.172.** – En cas d'inobservation des obligations ci-dessus, la Caisse peut suspendre le service de l'indemnité journalière ou en réduire le montant, sauf recours du bénéficiaire devant la juridiction compétente.

Dans le même cas, la Caisse cesse d'être tenue au paiement des frais de toute nature à l'égard des praticiens ou établissements intéressés. Ce paiement cesse d'être dû à partir de la date constatée sur l'avis de réception de lettre recommandée portant notification de la décision et adressée à la victime et aux praticiens ou établissements intéressés.

## **CHAPITRE II. – REEDUCATION PROFESSIONNELLE.**

**ART.173.** – Si à la suite d'un accident du travail, la victime devient inapte à exercer sa profession ou ne peut le faire qu'après une nouvelle adaptation, elle a droit, qu'elle ait ou non bénéficié de la réadaptation fonctionnelle, d'être admise gratuitement dans un établissement public ou privé de rééducation professionnelle ou d'être placée chez un employeur pour s'y réadapter ou y apprendre l'exercice d'une profession de son choix.

**ART.174.** – 1.Le bénéfice de la rééducation est accordé à la victime soit sur demande, soit sur l'initiative de la Caisse après examen psychotechnique préalable, organisé ou contrôlé par l'inspection du travail.

2. D'après les résultats de l'examen psychotechnique, et compte tenu de tous les éléments à prendre en considération, notamment de l'âge de la victime et du taux d'incapacité, la Caisse statue sur l'attribution à la victime du bénéfice de la rééducation professionnelle.

3. La décision de la Caisse, susceptible de recours contentieux, est notifiée à la victime par lettre recommandée ou tout autre moyen certain de notification.

**ART.175.** – Compte tenu des résultats de l'examen psychotechnique, des places disponibles et du choix de la victime, la Caisse fait admettre le bénéficiaire dans l'un des établissements habilités à cet effet, ou s'il y a lieu, chez un employeur.

**ART.176.** – Les établissements de rééducation habilités comprennent :

1° les établissements ou centres publics relevant des ministères de la Santé ou du travail qui pourront être créés en vue d'assurer la rééducation professionnelle des victimes du travail ;

2° les établissements privés qui pourront être habilités par le ministre du Travail, et dont le fonctionnement sera soumis au contrôle de l'inspection du travail et, le cas échéant, du ministère de l'Education et de la Culture.

**ART.177.** – Lorsque la victime est placée pour sa rééducation chez un employeur, un contrat type de rééducation définit les droits et obligations des parties et les modalités de contrôle de la rééducation professionnelle par l'inspecteur du travail et par la Caisse. Ce contrat, conforme au contrat type annexé au présent arrêté, est visé par l'inspecteur du travail du ressort.

**ART.178.** – Pendant toute la période de rééducation, l'indemnité journalière ou la rente est intégralement maintenue au mutilé. Si elle est inférieure au salaire minimum de la profession en vue de laquelle la victime est réadaptée, cette dernière reçoit, à défaut de rémunération pendant la durée de la rééducation, un supplément à la charge de la Caisse, destiné à porter cette indemnité ou rente au montant dudit salaire.

**ART.179.** – Les frais de rééducation seront supportés par la Caisse. Ils comprennent, outre les frais des examens psychotechniques préalables à la rééducation :

1° les frais de voyage aller et retour de la victime, par le mode de transport compatible avec l'état de la victime ; la fermeture de l'établissement pour la période des grandes vacances et sa réouverture doivent être considérées respectivement comme la fin et le début d'un stage ;

2° le complément d'indemnité visé à l'article précédent ;

3° les frais de rééducation proprement dits ;

4° le prix de la journée, dans la limite d'un tarif fixé par les autorités habilitées ;

5° le prix des appareils indispensables de prothèse de travail qui ne seraient pas susceptibles d'être pris en charge au titre de l'article 10 du présent arrêté.

### **CHAPITRE III. – RECLASSEMENT PROFESSIONNEL.**

**ART.180.** – Le contrat de travail de toute victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle est suspendu du jour de l'accident jusqu'au jour de la guérison ou de la consolidation de la blessure.

**ART.181.** – 1. En cas d'invalidité permanente, si le travailleur est atteint d'une réduction de capacité le rendant professionnellement inapte à son ancien emploi, l'employeur doit, indépendamment des mesures prévues aux chapitres premiers et II, du présent titre, s'efforcer de le reclasser à un poste correspondant à ses aptitudes et ses capacités.

2. Si l'employeur ne dispose d'aucun emploi permettant le reclassement, le licenciement du travailleur devra être soumis à la décision de l'inspecteur du travail du ressort.

**ART.182.** – Les employeurs sont tenus de réserver aux mutilés du travail le pourcentage de leurs emplois fixé par le décret pris en application de l'article **39** du livre **V** du Code du Travail.

## TITRE VII.

### ***Dispositions transitoires.***

**ART.183.** – La durée d'immatriculation prévue au paragraphe premier de l'article **2** du présent arrêté pour l'octroi des pensions de vieillesse et au paragraphe premier de l'article **4** du présent arrêté pour l'octroi des pensions d'invalidité est réduite à une durée au plus égale à la durée écoulée depuis l'entrée en vigueur du régime au cours des vingt premières années suivant cette entrée en vigueur du régime, pour ce qui concerne les pensions de vieillesse et les pensions anticipées, et au cours des cinq premières années suivant cette entrée en vigueur pour ce qui concerne les pensions d'invalidité.

**ART.184.** – Au cours des cinq premières années suivant l'entrée en vigueur du régime, l'allocation de vieillesse prévue à l'article **3** du présent arrêté ne pourra être servie avant l'expiration d'un délai de vingt quatre mois suivant la cessation de tout travail assujetti à l'assurance.

**ART.185.** – L'assuré âgé d'au moins trente ans à la date de l'entrée en vigueur du régime et comptant au moins dix-huit mois d'assurance au cours des deux premières années suivant cette date bénéficie, pour chaque année comprise entre trente ans et son âge à cette date, d'une validation de six mois dans la limite maximum fixée à cent soixante-deux mois.

**ART.186.** – Les anciens salariés appartenant aux catégories de personnel bénéficiaire du présent régime de pensions et ayant cessé l'activité avant la date d'entrée en vigueur du régime de l'institution de prévoyance et de retraite de l'Afrique occidentale (**I.P.R.A.O.**) ont droit à la validation de leurs services s'ils peuvent justifier d'au moins dix ans d'activité salariée antérieurement à l'âge de cinquante-cinq ans.

**ART.187.** – Les périodes de services validées, antérieurement à l'institution du régime, pour l'ouverture du droit aux pensions et allocations de vieillesse, d'invalidité et de survivants sont celles reconnues en application du règlement de l'**I.P.R.A.O.**

Elles comprennent pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 1958 :

- a) les périodes de service qui auraient donné lieu à cotisation si le régime de l'**I.P.R.A.O.** avait été en vigueur ;
- b) les périodes de suspension du contrat de travail survenues :
  - avant le 15 décembre 1952 pour cause de maladie dans la limite d'une durée de six mois par an ou d'accident du travail ;
  - à partir du 15 décembre 1952 pour un des motifs prévus à l'article **30** du livre premier du Code du Travail ou à la suite d'un accident du travail ;
- c) les périodes d'interruption de service pendant lesquelles le demandeur est atteint d'une invalidité d'au moins deux tiers. L'état d'invalidité sera apprécié suivant les règles fixées au paragraphe **3** de l'article **4** du présent arrêté ;

- d) les périodes de mobilisation, de captivité et, plus généralement, celles pour lesquelles l'intéressé apportera la preuve qu'il a été obligé d'interrompre ses services du fait de la guerre.

Pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 1958 au 31 mars 1965, les périodes validées comprennent :

- a) les périodes de service ayant donné lieu ou qui auraient dû donner lieu au paiement des cotisations prévues par le régime de l'**I.P.R.A.O.** ;  
b) les périodes durant lesquelles le contrat de travail est suspendu pour un des motifs prévus à l'article **30** du livre I<sup>er</sup> du Code du Travail ou à la suite d'un accident du travail ;  
c) les périodes d'interruption de service pendant lesquelles le demandeur est atteint d'une invalidité d'au moins deux tiers.

Sous réserve des dispositions de l'article **188** ci-dessus relatives au droit des anciens travailleurs, la validation des années de service antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 1958 est subordonnée aux conditions suivantes :

- être en service au 1<sup>er</sup> janvier 1958 et avoir au moins une année de service validée postérieurement à cette date ;
- compter au total, à la date de la liquidation des droits, y compris les années validées postérieures au 1<sup>er</sup> janvier 1958, au moins dix années de service validées ou validables.

Le nombre d'années de service validables antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 1958 est limité à trente.

Le Conseil d'Administration de la Caisse, ou la commission substituée, à tous pouvoirs d'appréciation en ce qui concerne les justifications apportées par les demandeurs et les employeurs pour la validation des services antérieurs, ainsi que pour les périodes de maladie ou d'invalidité.

**ART.188.** – La reconnaissance de périodes d'assurances ou assimilées acquises en application du règlement de l'**I.P.R.A.O.**, exclut la validation des périodes antérieures prévues à l'article **185** du présent arrêté. Toutefois, si les périodes visées à l'article **185** sont plus favorables, elles sont reconnues en lieu et place des périodes d'assurances ou assimilées acquises en application du règlement de l'**I.P.R.A.O.**

**ART.189.** – Au titre du maintien des droits en cours d'acquisition auprès du régime de l'**I.P.R.A.O.**, les assurés ayant cotisé à cette institution jusqu'au 31 décembre 1964 pourront bénéficier de la pension de vieillesse dès l'âge de cinquante-cinq ans.

**ART.190.** – 1. Les rentes et les pensions liquidées conformément aux dispositions antérieurement en vigueur continueront à être servies aux bénéficiaires dans les conditions et pour les montants fixés dans leur décision d'attribution. La revalorisation éventuelle de ces prestations sera effectuée dans les conditions fixées à l'article **63** de la loi n° **67.039** du 3 février 1967.

2. Toutefois, les rentes d'incapacité d'un taux inférieur à **15%** servies par la Caisse devront être remplacées par une allocation d'incapacité calculée dans les conditions fixées à l'article **47** de la loi n° **67.039** susvisée.

**ART.191.** – Le contrôle des assurés atteints d'une usure prématurée de leurs facultés physiques ou mentales les rendant inaptes à exercer une activité salariée sera temporairement assuré par un médecin désigné ou agréé par la Caisse jusqu'à l'intervention

de l'arrêté qui doit fixer les modalités de la constatation et du contrôle de cette usure prématurée de l'organisme.

**ART.192.** – Le directeur général du Travail est chargé de l'application du présent arrêté.



(1)	(2)	(1)	(2)
<b>II. – RENTES TEMPORAIRES.</b>			
<b>Enfants et descendants.</b>			
<b>0 à 3 ans</b>	<b>10</b>	<b>10 ans</b>	<b>5,3</b>
<b>4 ans</b>	<b>9,2</b>	<b>11 ans</b>	<b>4,5</b>
<b>5 ans</b>	<b>8,6</b>	<b>12 ans</b>	<b>3,7</b>
<b>6 ans</b>	<b>8</b>	<b>13 ans</b>	<b>2,8</b>
<b>7 ans</b>	<b>7,4</b>	<b>14 ans</b>	<b>1,9</b>
<b>8 ans</b>	<b>6,7</b>	<b>15 ans et plus</b>	<b>1</b>
<b>9 ans</b>	<b>6</b>		

(1) Age à la constitution.

(2) Prix d'une rente viagère de 1 francs.

***N.B :L'âge à prendre en considération pour l'application des tarifs est donné par différence entre les millésimes de l'année du versement et de l'année de naissance des bénéficiaires.***