

**10 novembre 2018. – ARRÊTÉ MINISTÉRIEL n° 146/CAB/MINETAT/MTEPS/01/2018 fixant les modalités d'affiliation des employeurs, d'immatriculation des travailleurs, de perception des cotisations, de liquidation et du service des prestations ainsi que les obligations qui incombent aux employeurs et aux travailleurs (J.O.RDC., 5 décembre 2018, n° spécial, p. 119)**

---

Vu la Convention 102 de l'organisation internationale du travail concernant la norme minimum de la sécurité sociale du 28 juin 1952;

Vu le Traité du 22 septembre 1993 instituant une Conférence interafricaine de la prévoyance sociale;

Vu la Constitution, telle que modifiée par la loi 11-002 du 20 janvier 2011 portant révision de certains articles de la Constitution de la République démocratique du Congo, spécialement son article 93;

Vu la loi 16-009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, spécialement son article 103;

Vu la loi 16-008 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la loi 087-010 du 1<sup>er</sup> août 1987 portant [Code de la famille](#);

Vu la loi 16-010 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la loi 015-2002 du 16 octobre 2002 portant [Code du travail](#);

Vu la loi 08-009 du 7 juillet 2008 portant dispositions générales applicables aux établissements publics, spécialement ses articles 5 et 34;

Vu l'ordonnance 17-004 du 7 avril 2017 portant nomination d'un Premier ministre, chef Gouvernement;

Vu l'ordonnance 17-005 du 8 mai 2017 portant nomination des vice-premiers ministres, des ministres d'État, des ministres, des ministres délégués et des vice-ministres;

Vu, telle que modifiée et complétée par l'ordonnance 018-014 du 15 février 2018 portant réaménagement technique du Gouvernement;

Vu l'[ordonnance 17-024 du 10 juillet 2017](#) portant organisation et fonctionnement du Gouvernement, modalités de collaboration entre le président de la République et le Gouvernement ainsi qu'entre les membres du Gouvernement;

Vu l'ordonnance 17-025 du 10 juillet 2017 fixant les attributions des ministères spécialement son article 1<sup>er</sup> [alinéa B point 10](#);

Vu le [décret 18/027 du 14 juillet 2018](#) portant création, organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Caisse nationale de sécurité sociale, en sigle « CNSS »;

Vu l'[arrêté interministériel 20/CABNFM/ETPS/WM/2015](#) et [CAB/MIN/FINANCES/2015/0143 du 12 mai 2015](#) portant institution de la déclaration et du paiement uniques des impôts, cotisations sociales et contributions patronales sur les rémunérations;

Revu l'[arrêté ministériel 8/61 du 21 octobre 1961](#) portant Règlement général de l'assurance;

Revu l'[arrêté ministériel 049/CAB/MIN/ETPS/MBL/2012 du 10 décembre 2012](#) relatif à l'affiliation des employeurs, à l'immatriculation des travailleurs ainsi qu'aux modalités et conditions de versement des cotisations à la sécurité sociale;

Considérant la Recommandation 25/CM/CIPRES du 23 février 2005, relative aux dispositions applicables à la gestion technique des branches dans les organismes de prévoyance sociale des États membres de la CIPRES;

Le Conseil national du travail et de la sécurité sociale entendu en sa session ordinaire du 18 au 24 mai 2018;

Considérant la nécessité;

Arrête:

## Titre I<sup>er</sup>

### ASSUJETTISSEMENT DES EMPLOYEURS ET DES TRAVAILLEURS

#### Chapitre I<sup>er</sup>

#### Champ d'application

#### Section 1<sup>re</sup>

#### Assujettissement des employeurs

**ART. 1<sup>er</sup>.** Aux termes du présent arrêté, on entend par employeur: toute personne physique ou morale, de droit public ou privé, qui utilise les services d'un ou de plusieurs travailleurs en vertu d'un contrat de travail.  
À ce titre, il est assujéti au régime général de la sécurité sociale.

## Section 2 Assujétiement des travailleurs

**ART. 2.** Aux termes du présent arrêté, on entend par travailleur: toute personne physique en âge de contracter, quels que soient son sexe, son état-civil et sa nationalité, qui s'est engagée à mettre son activité professionnelle, moyennant rémunération, sous la direction et l'autorité d'une personne physique ou morale, publique ou privée, dans les liens d'un contrat de travail.  
Pour la détermination de la qualité de travailleur, il ne sera tenu compte ni du statut juridique de l'employeur ni de celui de l'employé.

**ART. 3.** Est obligatoirement assujéti au régime général de la sécurité sociale pour toutes les branches:

1. tout travailleur soumis aux dispositions du **Code du travail** en ce compris les travailleurs journaliers ou occasionnels, les salariés à domicile et les travailleurs domestiques, ainsi que le batelier et tout autre personnel naviguant sans aucune distinction de race, de nationalité, de sexe, d'état-civil, de religion, d'opinion politique et d'origine, lorsqu'ils exercent, à titre principal, une activité professionnelle sur le territoire national pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs nonobstant la nature, la forme, la validité du contrat et le montant de la rémunération;
2. le mandataire de l'État dans les entreprises et établissements publics et dans les sociétés d'économie mixte ne bénéficiant pas, en vertu des dispositions légales ou réglementaires, d'un régime particulier de la sécurité sociale;
3. le personnel de l'État, des provinces et des entités territoriales décentralisées ne bénéficiant pas, en vertu des dispositions légales ou réglementaires, d'un régime particulier de la sécurité sociale;
4. le marin immatriculé en République démocratique du Congo engagé à bord d'un navire battant pavillon congolais;
5. l'employé local d'une mission diplomatique accréditée et établie en République démocratique du Congo;
6. l'associé actif d'une société;
7. le travailleur congolais occupé par une entreprise située en République démocratique du Congo et qui, pour le compte de cette entreprise, preste sur le territoire d'un autre pays afin d'effectuer un travail pour une durée n'excédant pas six mois;
8. le travailleur étranger occupé par une entreprise située à l'étranger et qui, pour le compte de cette entreprise, preste sur le territoire congolais afin d'effectuer un travail pour une excédant six mois.

## Chapitre II Formalités d'assujétiement

### Section 1<sup>re</sup> Formalités d'affiliation des employeurs

**ART. 4.** Tout employeur créateur d'entreprise est tenu d'adresser au Guichet unique de création d'entreprise une demande suivant le «formulaire unique» d'affiliation des employeurs.

Pour les autres catégories d'employeurs qui ne dépendent pas du guichet unique, ils sont tenus d'adresser une demande suivant le formulaire Modèle AE, en abrégé Mod.AE représentation de la Caisse nationale de sécurité sociale, CNSS, territorialement compétente dans les huit jours qui suivent, soit l'ouverture ou l'acquisition de l'entreprise, soit le premier embauchage d'un salarié lorsque cette embauche n'est pas concordant au début de l'activité.

Lorsque l'employeur occupe les travailleurs dans un ou plusieurs sièges d'exploitation, il doit établir une seule demande d'affiliation pour l'ensemble de ces sièges.

**ART. 5.** Le formulaire unique d'affiliation des employeurs relevant du guichet unique comporte:

1. renseignements relatifs à la personne physique créatrice d'entreprise:
  - origine de la société;
  - dénomination sociale;
  - type de personne physique;
  - forme juridique;
  - date du début d'exploitation;
  - adresse physique du siège social;
  - numéro de téléphone;
  - adresse e-mail;
  - siège d'exploitation;
  - secteur d'activité principal;
  - activités accessoires;
  - nombre de salariés nationaux;

- nombre de salariés étrangers;
- nom du père;
- nom de la mère;
- 2. renseignements relatifs aux dirigeants:
  - nom;
  - date de naissance;
  - sexe;
  - état-civil;
  - nom du conjoint;
  - lieu de naissance;
  - pays de naissance;
  - nationalité;
  - numéro de la pièce d'identité;
  - date d'émission de la pièce d'identité;
  - adresse physique;
  - adresse e-mail;
  - numéro de téléphone;
  - situation patrimoniale;
  - casier judiciaire;
  - fonction;
  - documents fournis;
- 3. renseignements relatifs aux mandataires;
- 4. documents de l'établissement fournis.

**ART. 6.** Le formulaire Mod.AE pour les autres employeurs cités à l'article 4 alinéa 2 comporte:

1. identification de l'employeur:
  - dénomination ou raison sociale de l'employeur ou abréviation sous laquelle il est généralement connu;
  - nom de l'employeur cédant, numéro d'affiliation lui attribué par la Caisse et date de reprise;
  - nom et adresse complète du responsable si celui-ci est une personne physique;
  - référence de l'arrêté d'agrément pour les organisations non gouvernementales et les actes de création pour les autres;
  - adresse physique du siège social de l'employeur;
  - forme juridique de l'employeur;
  - numéro de la boîte postale et localité postale de l'employeur;
  - adresse e-mail;
  - signature et cachet de l'employeur;
2. Activités principales et secondaires de l'employeur:
  - date de début de l'activité de l'employeur;
3. Emploi:
  - date du début d'emploi du personnel ou des travailleurs assimilés;
  - nombre des travailleurs et travailleurs assimilés;
4. Rémunération:
  - montant total des rémunérations mensuelles brutes des travailleurs et travail assimilés;
  - date du dépôt du formulaire Mod.AE.

**ART. 7.** Dès réception de la demande du formulaire unique ou du formulaire Mod.AE, la Caisse délivre à l'employeur, endéans trois jours, un certificat contenant un numéro d'affiliation.

Ce numéro doit être reproduit sur toutes les correspondances et sur tous les documents adressés à la Caisse.

## Section 2

### Formalités d'immatriculation des travailleurs

**ART. 8.** Tout employeur est tenu d'adresser une demande suivant le formulaire d'immatriculation des travailleurs Modèle IMT, en abrégé Mod.IMT, à la représentation de la Caisse territorialement compétente dans les quinze jours ouvrables à dater de l'embauche du travailleur.

**ART. 9.** La demande suivant le formulaire Mod.IMT comporte:

- a. Pour l'employeur:
  1. dénomination ou raison sociale;

2. numéro d'affiliation attribué;
3. adresse physique;
4. adresse e-mail et numéro de téléphone.
- b. Pour le travailleur:
  1. date d'embauche;
  2. nom et pour la femme mariée, éventuellement le nom de jeune fille;
  3. sexe;
  4. adresse physique;
  5. numéro de téléphone;
  6. lieu et date de naissance;
  7. numéro, date, lieu de délivrance de la carte nationale d'identité ou du passeport;
  8. lieu d'origine (secteur ou chefferie, territoire ou commune, ville, province) ou nationalité pour les étrangers;
  9. état-civil;
  10. nom du conjoint;
  11. lieu et date de naissance du conjoint;
  12. lieu et date de mariage;
  13. nombre d'enfants;
  14. noms des enfants;
  15. lieu et date de naissance de chaque enfant;
  16. acte de naissance ou jugement supplétif de chaque enfant;
  17. emploi et catégorie professionnelle;
  18. nature du contrat;
  19. rémunération mensuelle;
  20. numéro matricule;
  21. niveau d'études;
  22. spécialité;
  23. lieu d'affectation.

Pour l'immatriculation des travailleurs étrangers, joindre à la demande, une preuve de régularité de séjour et une preuve attestant l'autorisation de travailler.

**ART. 10.** La Caisse a l'obligation d'immatriculer le travailleur dans un délai ne dépassant pas dix jours, en ce compris la délivrance de la carte de sécurité sociale, à dater de la réception de la demande.

À défaut de l'immatriculation du travailleur par la Caisse dans le délai, celui-ci est réputé couvert en cas de survenance d'un risque social.

**ART. 11.** Le rejet de la demande suivant le formulaire Mod.IMT dûment motivé est notifié à l'employeur et au travailleur dans le délai repris dans l'article précédent.

**ART. 12.** Au moment de l'embauche d'un travailleur, l'employeur est tenu de réclamer à l'intéressé sa carte de sécurité sociale pour travailleur.

Si le travailleur n'a pas été immatriculé, l'employeur est tenu d'accomplir les formalités de son immatriculation.

**ART. 13.** L'assuré est tenu de signaler immédiatement la perte de sa carte de sécurité sociale au guichet de la Caisse le plus proche de sa résidence.

Dans ce cas, la Caisse lui délivre, après vérification, une carte portant le même numéro.

**ART. 14.** L'employeur est tenu de déclarer à la Caisse tout mouvement d'embauchage ou de débauchage des travailleurs.

La délégation syndicale a l'obligation de s'assurer auprès de l'employeur que la déclaration y relative a été faite à la Caisse.

Cette information doit être fournie à la Caisse suivant le formulaire Modèle AM (Avis de mouvement), en abrégé Mod.AM.

Dans ce formulaire, l'employeur indique:

1. dénomination ou raison sociale de l'employeur;
2. numéro d'affiliation figurant sur le certificat;
3. effectif des travailleurs embauchés et/ou débauchés;
4. nom de travailleurs embauchés et/ou débauchés;
5. lieu et date d'embauchage et/ou de débauchage.

**ART. 15.** Dans les quinze jours suivant le décès d'un travailleur, l'employeur est tenu de faire parvenir à la Caisse un avis de décès suivant le formulaire Modèle AD (Avis de décès), en abrégé Mod.AD, établi par lui et dûment certifié par l'autorité administrative compétente de la résidence du de cujus.

Ce formulaire doit contenir les éléments ci-après:

1. dénomination ou raison sociale de l'employeur;
2. numéro d'affiliation figurant sur le certificat;
3. nom du travailleur décédé;
4. numéro d'immatriculation du travailleur décédé;
5. lieu et date de décès.

**ART. 16.** L'employeur qui ne se soumet pas aux dispositions relatives aux formalités d'affiliation des employeurs et d'immatriculation des travailleurs est passible des peines d'amende prévues à l'article 128 de la loi 16-009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

## **Titre II**

### **PERCEPTION DES COTISATIONS SOCIALES**

#### Chapitre I<sup>er</sup>

#### Assiette, calcul et déclaration des cotisations sociales

##### Section 1<sup>re</sup>

##### Assiette des cotisations

**ART. 17.** Au sens du présent arrêté, on entend par:

1. *Assiette de cotisation du travailleur*: la rémunération du travailleur sur laquelle les cotisations sont perçues;  
- *Rémunération*: la somme représentative de l'ensemble des gains susceptibles d'être évalués en espèces et fixés par accord ou par les dispositions légales et réglementaires qui sont dus en vertu d'un contrat de travail, par un employeur à un travailleur.

Cette somme comprend notamment:

- le salaire ou traitement;
- les commissions;
- l'indemnité de vie chère;
- les primes;
- la participation aux bénéfices;
- les sommes versées au titre de gratification ou de mois complémentaires;
- les sommes versées pour prestations supplémentaires;
- la valeur des avantages en nature;
- l'allocation de congé ou l'indemnité compensatoire de congé;
- les sommes payées par l'employeur pendant l'incapacité de travail et pendant la période précédant et suivant l'accouchement.

Ne sont pas éléments de la rémunération:

- les soins de santé;
- l'indemnité de logement ou le logement en nature;
- les allocations familiales légales;
- l'indemnité de transport;
- les frais de voyage ainsi que les avantages accordés exclusivement en vue de faciliter au travailleur l'accomplissement de ses fonctions.

2. L'assiette de cotisation des assujettis énumérés à l'article 3 points 2, 4 et 6 du présent arrêté comprend l'ensemble des rétributions perçues en contrepartie de ses prestations. Il s'agit notamment:

- des émoluments;
- des traitements;
- des avantages octroyés, à l'exclusion de ceux accordés exclusivement en vue de faciliter au travailleur l'accomplissement de ses fonctions;
- des jetons de présence.

##### Section 2

##### Calcul des cotisations

**ART. 18.** Les taux des cotisations sociales sont tels que fixés par le décret du Premier ministre, sur proposition du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions et après avis du Conseil national du travail et de la sécurité sociale.

**ART. 19.** Les cotisations dues par l'employeur sont déterminées en appliquant les taux des cotisations sociales fixés par le décret du Premier ministre au montant total des rémunérations perçues par les travailleurs ou selon le cas, des rétributions et ce, conformément à l'article 17 du présent arrêté.

## Section 3

### Déclaration des cotisations

**ART. 20.** Les cotisations sont dues pour chaque mois au cours duquel se situent une période de service effectif, une période de congés rémunérés ou toute autre période pour laquelle l'employeur est tenu au paiement de tout ou partie de la rémunération conformément aux dispositions légales.

**ART. 21.** Quel que soit le nombre de sièges d'exploitation de son entreprise existant en République démocratique du Congo, tout employeur doit introduire une déclaration des cotisations sociales dans les quinze jours suivant le mois civil auquel elles se rapportent:

1. soit au Guichet unique de déclaration et du paiement; auquel cas, les employeurs créateurs d'entreprise remplissent le formulaire de « déclaration mensuelle unique des impôts, cotisations sociales et contributions patronales sur les rémunérations »;
2. soit à la représentation territorialement compétente de la Caisse pour les autres catégories; auquel cas, une déclaration de versement des cotisations sera remplie en trois exemplaires sur le formulaire Modèle DC, en abrégé Mod. DC.

Toutefois, l'employeur qui n'a pas déclaré dans le délai imparti évoqué à l'alinéa précédent, est tenu de régulariser sa situation dans les cinq jours qui suivent le délai limite de déclaration des cotisations sociales.

Le fait pour l'employeur de ne pas produire la déclaration des cotisations sociales dans le délai requis entraîne une pénalité. La déclaration unique est auto-liquidative.

**ART. 22.** Le formulaire de « déclaration mensuelle unique des impôts, cotisations sociales et contributions patronales sur les rémunérations » comporte notamment:

1. identification du redevable:
  - nom ou raison sociale;
  - sigle;
  - forme juridique;
  - secteur d'activités;
  - adresse physique;
  - régime fiscal;
2. renseignements complémentaires utiles:
  - nature;
  - référence;
3. période concernée;
4. cotisations sociales pour toutes les branches;
5. ventilation des montants déclarés par province de provenance.

**ART. 23.** Le formulaire Mod. DC doit indiquer notamment:

1. nom ou raison sociale de l'employeur;
2. numéro d'affiliation qui lui a été attribué;
3. adresse du (des) siège (s) d'exploitation pour le (s) quel (s) la déclaration est établie;
4. période à laquelle la déclaration se rapporte;
5. montant total brut des sommes payées aux travailleurs;
6. montant total des sommes payées aux travailleurs qui sont prises en considération pour le calcul des cotisations;
7. montant total des cotisations dues;
8. nombre de travailleurs occupés au dernier jour de la période dans le siège d'exploitation auxquels la déclaration se rapporte;
9. nombre d'enfants bénéficiaires des prestations aux familles au dernier jour de période pour le (s) siège (s) d'exploitation auquel la déclaration se rapporte;
10. date et mode de paiement du montant des cotisations dues.

**ART. 24.** L'employeur est tenu de joindre à cette déclaration une copie des feuilles de paie établie, pour les travailleurs qu'il a occupés conformément au modèle annexé au présent arrêté ministériel.

Pour les employeurs ayant plus de vingt-cinq travailleurs, cette déclaration ainsi que les feuilles de paie doivent être transmises à la Caisse par voie électronique moyennant un accusé de réception. À cet effet, la Caisse met en place une plateforme numérique pour permettre de faire la télé déclaration de la feuille de paie selon le modèle retenu par elle.

Par contre, les employeurs ayant moins de vingt-cinq travailleurs peuvent transmettre leur déclaration ainsi que les feuilles de paie par voie électronique ou sur support papier.

**ART. 25.** La feuille de paie doit comporter notamment les mentions ci-après:

1. nom du travailleur;
2. emploi et catégorie professionnelle;
3. numéro d'immatriculation attribué par la Caisse;

4. salaire horaire, journalier ou mensuel;
5. nombre d'heures ou de jours pour lesquels le salaire est payé;
6. rémunération totale payer pour la période laquelle se rapporte le décompte;
7. taux auxquels sont payées les heures supplémentaires effectuées;
8. montant total à payer pour les heures supplémentaires;
9. suppléments éventuellement payés pour le travail du dimanche et des jours fériés légaux;
10. primes éventuelles;
11. arriérés de rémunération portés sous la rubrique divers et accompagnés le cas échéant, d'une note sous la rubrique observation;
12. nombre de jours de congés payés;
13. taux journalier des allocations de congé;
14. total des allocations dues pour le congé;
15. nombre de jours pour lesquels le salaire est payé aux deux tiers en cas de maladie ou d'accident et de congé de maternité;
16. taux journalier de salaire en cas de maladie ou d'accident;
17. total du salaire pour les journées d'incapacité;
18. total de la rémunération brute;
19. cotisation retenue à charge du travailleur pour la pension;
20. montant des indemnités compensatoires;
21. montant de l'avance hebdomadaire ou autre;
22. déductions pour motifs divers accompagnés d'une note dans la rubrique fiscale;
23. retenue fiscale;
24. total des déductions;
25. nombre d'enfants pour lesquels les allocations familiales sont dues;
26. nombre de jours donnant droit à des allocations familiales;
27. taux journalier des allocations familiales;
28. montant à payer;
29. montant pris en considération pour le calcul des cotisations;
30. observations.

**ART. 26.** La déclaration des cotisations sociales doit être établie pour chaque mois au cours duquel le personnel a été employé. Si aucun travailleur n'a été employé au cours du mois considéré, l'employeur est tenu d'en faire état dans les quinze jours, conformément au modèle de formulaire établi à cet effet par la Caisse.

**ART. 27.** Pour toute déclaration des cotisations sociales faite de manière centralisée, l'employeur est tenu de donner les détails des cotisations se rapportant à chaque centre de gestion de la Caisse ou siège d'exploitation.

**ART. 28.** Le fait pour l'employeur de ne pas joindre à sa déclaration les annexes requises à l'article 25 du présent arrêté vaut défaut de déclaration.

## Chapitre II

### Modalités de versement des cotisations et de recouvrement des sommes dues

#### Section 1<sup>re</sup>

##### Obligations de versement des cotisations

**ART. 29.** L'employeur est débiteur vis-à-vis de la Caisse de l'ensemble des cotisations dues. A ce titre, il est le seul responsable de leur versement, y compris de la part mise à la charge du travailleur ainsi que du montant des prélèvements qu'il a omis d'effectuer au moment du paiement de la rémunération.  
La cotisation de l'employeur reste définitivement à sa charge.

**ART. 30.** Si un travailleur a été occupé successivement au service de deux ou plusieurs employeurs, chacun des employeurs est responsable non seulement du versement des cotisations correspondant à la rémunération qu'il a payée à l'intéressé mais aussi des majorations de retard y afférentes.

**ART. 31.** Quel que soit le nombre de salariés occupés dans l'entreprise, tout employeur doit créditer le compte de la Caisse des cotisations dues dans les quinze jours suivant le mois civil auquel elles se rapportent.  
Toutefois, l'employeur qui n'a pas versé les cotisations sociales dans le délai imparti évoqué à l'alinéa précédent, est tenu de régulariser sa situation dans les cinq jours qui suivent le délai limite de versement des cotisations sociales.  
Le fait pour l'employeur de ne pas payer les cotisations dans le délai requis entraîne une pénalité.

**ART. 32.** En cas de cessation d'activités dûment constatée par les services compétents, le paiement des cotisations dues est immédiatement exigible.

## Section 2 Modes de versement des cotisations

**ART. 33.** Le versement des cotisations peut s'effectuer:

1. par voie bancaire (virement ou bordereau de versement d'espèces);
2. par chèque;
3. en espèces au guichet de la Caisse.

Tout versement de cotisation doit préciser:

1. nom ou raison sociale de l'employeur et ressort du siège d'exploitation concerné;
2. numéro d'affiliation attribué à l'employeur;
3. période concernée;
4. montant de la cotisation versée.

## Section 3 Recouvrement des sommes dues

**ART. 34.** La mise en recouvrement des sommes dues par les employeurs consiste en l'envoi ou en la présentation par un contrôleur de la Caisse d'un relevé de compte réclamant le paiement des sommes dues.

Le relevé de compte certifié et signé par le responsable attitré de la Caisse tient lieu de mise en demeure.

Au sens du présent arrêté, le responsable attitré est le responsable du centre de gestion territorialement compétent.

**ART. 35.** Le relevé de compte valant mise en demeure comporte notamment:

1. nom ou raison sociale de l'employeur;
2. adresse physique de l'employeur;
3. numéro d'affiliation attribué à l'employeur;
4. période à laquelle se rapportent les sommes dues;
5. total et détails des sommes dues.

**ART. 36.** L'action en recouvrement des sommes dues est prescrite après dix ans, à compter du premier jour du mois suivant celui auquel elles se rapportent.

**ART. 37.** Si le relevé de compte valant mise en demeure reste sans effet à l'expiration d'un délai de huit jours à compter de sa réception par l'employeur, la Caisse établit un relevé des sommes dues valant titre authentique.

Le titre authentique est rendu exécutoire après approbation par le ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Le titre authentique permet les saisies prévues par les articles [153 et suivants](#) de l'Acte uniforme de l'Ohada portant organisation des procédures simplifiées de recouvrement et des voies d'exécution.

**ART. 38.** Le titre authentique doit mentionner notamment:

1. nom ou raison sociale de l'employeur;
2. numéro d'affiliation attribué à l'employeur;
3. boîte postale et adresse physique de l'employeur;
4. total des cotisations dues.

**ART. 39.** Les majorations de retard seront calculées à partir du paiement effectif des sommes dues.

**ART. 40.** L'employeur qui conteste le bien fondé du titre authentique dispose d'un délai de trois mois à compter de sa signification, pour introduire son recours à la direction générale de la Caisse. Passé ce délai, l'employeur est réputé avoir accepté le titre authentique.

Le recours doit être déposé ou adressé par courrier électronique ou sous pli recommandé, l'accusé de réception ou le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi.

Si le recours est accepté et reconnu fondé, aucune majoration ne sera due pour la période allant de la date de la signification du titre authentique à celle de la notification de la décision de la Caisse. Dans le cas contraire, le cours de majoration est maintenu.

**ART. 41.** L'employeur qui communique intentionnellement des renseignements inexacts ou incomplets sur la rémunération, les cotisations sociales et les avantages sociaux servant de base de calcul des cotisations est passible des peines d'amende prévues à l'article [128](#) de la loi 16-009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

L'employeur qui omet de précompter les cotisations des travailleurs ou de verser les cotisations sociales est passible des peines d'amende prévues à l'article 129 de la loi 16-009 du 15 juillet fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

En cas de récidive, les peines prévues aux articles 128 et 129 de la loi 16-009 du 15 juillet 2016 ont les règles relatives au régime général de la sécurité sociale sont portées au double.

### **Titre III**

## **LIQUIDATION ET SERVICE DES PRESTATIONS**

### Chapitre I<sup>er</sup>

#### Branche des prestations aux familles

#### Section 1<sup>re</sup>

##### Prestations servies

**ART. 42.** La branche des prestations aux familles comprend:

1. les allocations prénatales;
2. les allocations de maternité;
3. les allocations familiales.

**ART. 43.** Les prestations sociales servies au titre de cette branche comprennent:

1. les allocations prénatales;
2. les allocations de maternité;
3. les indemnités journalières de maternité en faveur des femmes assurées;
4. les allocations familiales au profit des enfants à charge de l'assuré.

#### Section 2

##### Conditions générales d'ouverture du droit

**ART. 44.** Le droit aux prestations aux familles s'ouvre lorsque l'assuré remplit les conditions suivantes:

1. être immatriculé à la Caisse nationale de sécurité sociale, CNSS en sigle;
2. justifier d'une activité professionnelle exercée pendant une durée minimale de trois mois consécutifs chez un ou plusieurs employeurs;
3. justifier à la Caisse le versement des cotisations sociales de la période concernée.

La justification de l'exercice de l'activité professionnelle est faite au moyen des comptes individuels de l'assuré salarié ou de tout autre document valable régulièrement délivré par l'employeur.

Est compté comme mois d'activité, le mois au cours duquel l'assuré a travaillé pendant au moins quinze jours ou cent vingt heures et pour lequel les cotisations sociales sont dues.

#### Section 3

##### Conditions particulières d'ouverture du droit

#### A

##### *Allocations prénatales*

##### 1 But et conditions d'ouverture du droit

**ART. 45.** Les allocations prénatales sont destinées à assurer la surveillance médicale des grossesses et les meilleures conditions d'hygiène et de santé à la mère et à l'enfant.

**ART. 46.** Le droit aux allocations prénatales est ouvert à toute femme assurée ou à la conjointe d'un assuré remplissant les conditions générales prévues à l'article 44 du présent arrêté, à compter du jour de la déclaration de la grossesse à la Caisse jusqu'à l'accouchement.

La conjointe de l'assuré est la femme qui lui est liée par un lien de mariage tel que défini à l'article 330 du Code de la famille.

##### 2 Formalités à accomplir

**ART. 47.** Sur base d'un certificat médical de grossesse délivré par son médecin, la femme assurée ou la conjointe d'un assuré introduit une déclaration de grossesse à la Caisse et ce, dans les trois premiers mois de grossesse.  
Cette déclaration est faite par le dépôt à la Caisse d'un formulaire modèle F1.

**ART. 48.** La déclaration de grossesse doit contenir les renseignements suivants:

1. Concernant l'assuré (e):
  - a. nom;
  - b. état-civil;
  - c. numéro de la carte de sécurité sociale;
  - d. adresse physique, numéro de téléphone et adresse e-mail;
  - e. raison sociale et adresse physique de l'employeur;
2. Concernant la bénéficiaire:
  - a. nom;
  - b. état-civil;
  - c. adresse physique, numéro de téléphone et adresse e-mail;
  - d. lieu et date de naissance;
  - e. nature de la prestation sollicitée;
  - f. signature de la déclarante;
  - g. cachet de la Caisse.

La déclaration de grossesse est établie en quatre exemplaires, répartis comme suit:

1. deux adressés à la Caisse;
2. un remis à la déclarante; et
3. un adressé à l'employeur.

**ART. 49.** Lors de la déclaration de grossesse, la Caisse délivre à l'intéressée un carnet de grossesse et de maternité destiné à recevoir les renseignements permettant de vérifier son état de santé, son état-civil et l'accomplissement des prescriptions médicales.

Le carnet de grossesse et de maternité doit mentionner les renseignements suivants:

1. nom de la femme enceinte;
2. adresse physique, n° téléphone et e-mail;
3. état-civil;
4. numéro d'immatriculation de l'assuré (e);
5. âge de la grossesse;
6. date probable de l'accouchement;
7. renseignements sur l'état de santé de la mère et de l'enfant.

Le carnet comprend plusieurs feuillets et doit porter le sceau de la Caisse.

**ART. 50.** Le paiement des allocations prénatales est subordonné à la production des certificats médicaux attestant que la bénéficiaire a subi aux troisième, sixième et huitième mois de grossesse, les examens médicaux obligatoires effectués par le personnel habilité de la santé.

La femme enceinte peut être contrôlée également par un médecin agréé ou désigné par la Caisse aux premier et deuxième trimestres de grossesse.

**ART. 51.** Les certificats médicaux, feuillets modèles F2, F3 et F4, sont des formulaires de la Caisse. Ils contiennent les renseignements suivants:

1. nom de la femme enceinte;
2. lieu et date de naissance;
3. adresse physique de la femme enceinte;
4. numéro de compte bancaire du bénéficiaire;
5. numéro de la carte de sécurité sociale de l'assuré (e);
6. nom de l'assuré;
7. adresse physique de l'assuré;
8. profession de l'assuré;
9. période d'examen obligatoire (à cocher: 3<sup>e</sup> mois, 6<sup>e</sup> mois et 8<sup>e</sup> mois);
10. signature de la femme enceinte;
11. attestation du personnel médical habilité;
12. date présumée du début de la grossesse;
13. date probable de l'accouchement;
14. nom et signature du personnel médical.

Le personnel habilité de la santé atteste dans le certificat médical que les examens médicaux obligatoires exigés par la réglementation ont été prescrits et effectués au cours de la période indiquée.

### 3Période de liquidation de l'allocation prénatale

**ART. 52.** Les allocations prénatales sont dues pour les neuf mois de grossesse.

#### *B*

#### *Allocations de maternité*

##### 1Conditions d'ouverture du droit

**ART. 53.** Le droit aux allocations de maternité s'ouvre à toute femme assurée ou à la conjointe d'un assuré, remplissant les conditions générales prévues à l'article 44 du présent arrêté, qui donne naissance sous contrôle médical, sauf cas de force majeure, à un enfant né viable.

En cas de naissance multiple, chaque naissance est considérée comme une maternité distincte.

##### 2Formalités à accomplir

**ART. 54.** La femme assurée ou la conjointe d'un assuré qui vient de donner naissance à un enfant viable joint, le certificat médical, feuillet modèle F5, attestant que l'accouchement s'est déroulé sous contrôle médical, à la demande d'allocations de maternité suivant le feuillet modèle F6. La demande d'allocation de maternité est un imprimé de la Caisse. Elle doit mentionner les renseignements suivants:

1. en ce qui concerne l'assuré:
  - a. nom;
  - b. numéro de la carte de sécurité sociale;
  - c. numéro de la carte d'identité ou d'un tenant lieu;
  - d. lieu et date de naissance;
  - e. noms de père et mère;
  - f. adresse physique et numéro de téléphone;
  - g. raison sociale de l'employeur, adresse physique et numéro d'affiliation à la Caisse;
  - h. date d'embauche;
2. en ce qui concerne la demanderesse:
  - a. nom;
  - b. lieu et date de naissance;
  - c. adresse physique et numéro de téléphone;
  - d. date de l'accouchement.

La demanderesse doit déclarer si l'accouchement s'est déroulé sous contrôle médical qu'elle a bénéficié des allocations prénatales.

La Caisse délivre à la demanderesse le formulaire de demande d'allocations de maternité en trois exemplaires. Cette dernière la remplit et remet deux exemplaires à la Caisse et x annexant une copie du certificat médical attestant que l'accouchement s'est déroulé sous contrôle médical. Elle garde le troisième exemplaire.

**ART. 55.** Pour bénéficier de l'allocation de maternité, la femme assurée ou la conjointe d'un assuré doit fournir:

1. la demande d'allocation de maternité;
2. le certificat médical attestant que l'accouchement s'est déroulé sous contrôle médical;
3. le carnet de grossesse et de maternité dûment rempli.

Le certificat médical est établi par un personnel habilité de la santé.

En cas de force majeure où l'accouchement a eu lieu en dehors d'un centre médical, le personnel de santé ayant pris en charge la mère et l'enfant est habilité à établir le certificat médical exigé repris dans le carnet de grossesse et de maternité.

### 3Montant de l'allocation de maternité

**ART. 56.** Le montant de l'allocation de maternité est fixé à 72.900 CDF par naissance.

#### *C*

#### *Indemnité journalière de maternité*

##### 1But et conditions d'octroi

**ART. 57.** L'indemnité journalière de maternité, payée à la femme assurée, est destinée à compenser la perte de salaire pendant la durée de congé de maternité.

Pour prétendre à l'indemnité journalière de maternité, outre les conditions générales évoquées à l'article 44 du présent arrêté, la femme assurée doit:

1. être immatriculée à la Caisse douze mois au moins avant la date présumée de l'accouchement;
2. avoir cessé toute activité salariée pendant la période de congé de maternité qui est de quatorze semaines dont six semaines avant la date présumée de l'accouchement et huit semaines après.

## 2 Formalités à accomplir

**ART. 58.** La femme assurée introduit à la Caisse une demande de l'indemnité journalière de maternité, modèle F7, établie en quatre exemplaires dont:

1. deux adressés à la Caisse;
2. un remis à la déclarante;
3. un adressé à l'employeur.

La demande de l'indemnité journalière de maternité est un formulaire de la Caisse. Elle mentionne les renseignements ci-après:

1. concernant l'assurée:
  - a. nom;
  - b. lieu et date de naissance;
  - c. adresse physique et numéro de téléphone;
  - d. date d'embauche;
  - e. date présumée d'accouchement;
  - f. date d'accouchement;
  - g. date début congé;
  - h. date de reprise du travail;
  - i. durée de prolongation éventuelle du congé;
2. concernant l'employeur:
  - a. raison sociale;
  - b. numéro d'affiliation à la Caisse;
  - c. adresse physique et numéro de téléphone;
3. concernant la bénéficiaire:
  - la banque et le numéro de compte bancaire vers lequel les indemnités journalières seront orientées ou la caisse espèces de la CNSS;
4. les rémunérations ou rétributions, selon le cas, soumises à cotisation de trois derniers mois précédant le congé de maternité.

En outre, la demande doit porter la signature et le sceau de l'employeur ainsi que la signature de l'assurée.

La demande de l'indemnité journalière de maternité sera également accompagnée de bulletins de paie de trois mois précédant la date de départ en congé de maternité.

Pour les assujettis énumérés à l'article 3 points 2 et 6 du présent arrêté, la demande de l'indemnité journalière de maternité sera accompagnée des pièces justificatives des rétributions selon le cas.

**ART. 59.** À la suspension du travail, la femme assurée doit fournir à la Caisse un certificat médical de congé de maternité établi par son médecin ainsi que la notification de congé de maternité établi par son (ses) employeur (s).

**ART. 60.** À la reprise du travail, l'assurée doit introduire les documents ci-après:

1. certificat d'accouchement mentionné à l'article 54 du présent arrêté;
2. attestation de reprise de travail délivrée par son employeur;
3. s'il échet, attestation d'incapacité de reprise de travail délivrée par le médecin traitant (certificat médical de prolongement de congé de maternité);
4. s'il échet, attestation de non reprise de travail à la date d'expiration de la période de quatorze semaines délivrée par l'employeur.

**ART. 61.** En cas de prolongation de la durée de congé de maternité telle que prévue à l'article 62 du présent arrêté, l'assurée en couche doit transmettre à la Caisse le certificat médical exigé avant la jouissance effective de la prolongation. Celle-ci pourra être subordonnée, sauf en cas de césarienne, à un contrôle effectué par la Caisse.

## 3 Calcul de l'indemnité journalière

**ART. 62.** L'indemnité journalière est accordée pendant une période de quatorze semaines, dont six semaines avant la date présumée de l'accouchement et huit semaines après, à condition que l'assurée cesse toute activité salariée pendant la période de congé de maternité.

Dans ce cas, la Caisse se réserve le droit de contrôler le départ effectif en congé.

Toutefois, dans le cas d'un repos supplémentaire justifié par une maladie résultant de la grossesse ou des couches et attesté par un certificat médical, l'indemnité journalière peut être payée jusqu'à concurrence d'une période supplémentaire de trois semaines.

L'erreur dans l'estimation de la date de l'accouchement ne peut empêcher la femme de recevoir l'indemnité à laquelle elle a droit.

**ART. 63.** L'indemnité journalière à payer à une femme salariée assurée est égale à l'intégralité de la rémunération journalière moyenne soumise à cotisation pour les trois derniers mois.

La rémunération journalière moyenne s'obtient en divisant par nonante le total des rémunérations soumises à cotisation perçues par la femme assurée au cours de trois derniers mois civils précédents celui au cours duquel le départ en congé de maternité a eu lieu.

## D

### *Allocations familiales*

#### 1 Conditions d'ouverture du droit

**ART. 64.** Tout assuré qui remplit les conditions générales fixées à l'article 44 du présent arrêté peut prétendre au bénéfice des allocations familiales pour chacun des enfants à sa charge.

**ART. 65.** Les allocations familiales ont pour but d'apporter un complément de ressources sur familles, d'encourager la surveillance médicale systématique des enfants et leur fréquentation scolaire.

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants tels que définis par le [Code de la famille](#).

Il s'agit des enfants: 1. biologiques (filiation naturelle);

2. adoptés selon la procédure légale;

3. sous tutelle ou à paternité juridique;

4. pour lesquels l'assuré est débiteur d'aliments, conformément aux dispositions du [Code de la famille](#).

#### 2 Formalités à accomplir

**ART. 66.** Pour qu'un travailleur bénéficie des allocations familiales, son employeur doit introduire, auprès du centre de gestion de son ressort, une déclaration de composition familiale ail son travailleur sur un formulaire modèle F6 de la Caisse.

Ce formulaire doit contenir les mentions suivantes:

1. pour l'employeur:

a. dénomination sociale ou raison sociale;

b. numéro d'affiliation à la Caisse;

c. adresse physique de l'employeur;

d. adresse e-mail de l'employeur;

e. numéro de téléphone du chargé des ressources humaines;

f. date de début d'activité;

2. pour le travailleur:

a. numéro de la carte de sécurité sociale;

b. nom;

c. numéro matricule;

d. lieu et date de naissance;

e. sexe;

f. état-civil;

g. nationalité;

h. numéro de la carte d'identité, du permis de conduire ou du passeport;

i. numéro de compte bancaire;

j. adresse physique et e-mail de l'assuré;

k. numéro de téléphone;

l. date d'engagement auprès du dernier employeur;

m. nom du conjoint;

n. lieu et date de naissance du conjoint;

3. pour les enfants à charge:
  - a. nom;
  - b. lieux et dates de naissance;
  - c. sexe;
  - d. liens de filiation.

Toute modification de la composition familiale en terme quantitatif (naissance, décès) et en terme qualitatif (âge ou mariage) devra être communiquée à la Caisse par un acte délivré par une autorité compétente. Ce document doit être envoyé dans les trente jours à dater du fait générateur.

**ART. 67.** Le droit aux allocations familiales est subordonné:

1. pour les enfants bénéficiaires n'ayant pas atteint l'âge de 6 ans, à la production annuelle d'un certificat médical ou d'un certificat de vie, lorsqu'il n'existe pas localement une formation sanitaire agréée par la Caisse;
2. pour les enfants en âge de scolarité, à l'assistance régulière aux cours des établissements scolaires ou de formation professionnelle publique ou privée agréée et attestée par la production annuelle d'un certificat de scolarité;
3. pour les enfants de plus de 16 ans, à la justification de l'apprentissage par s' certificat annuel de fréquentation, à la justification de l'impossibilité de se livrer à un travail salarié par la production annuelle d'un certificat médical ou d'un certificat administratif de vie et charge;
4. pour les enfants de plus de 16 ans fréquentant l'enseignement supérieur ou universitaire, à la justification par une attestation annuelle de fréquentation et d'assiduité, étant entendu que le droit est limité à l'âge de 25 ans.

### 3Calcul des allocations familiales

**ART. 68.** Le montant mensuel des allocations familiales par enfant à charge est déterminé par arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Les allocations familiales sont liquidées le premier jour de chaque mois civil au bénéfice de l'assuré pour le compte des enfants qui sont à charge du travailleur, habitent effectivement avec lui et n'exercent pas de profession lucrative.

Sont considérés comme habitant effectivement avec le travailleur:

1. les enfants fréquentant un établissement scolaire situé en République démocratique du Congo;
2. les membres de la famille lorsque la séparation résulte de la nature du travail, de la force majeure, du fait de l'employeur ou de la coutume.

**ART. 69.** L'assuré bénéficie des allocations familiales dès la naissance de son enfant conformément aux conditions mentionnées à l'article 53 de la loi 16-009 du 15 juillet 2016 fixant règles relatives au régime général de la sécurité sociale ou à la déclaration de prise en charge d'un enfant.

Les allocations familiales ne peuvent en aucun cas être cumulées avec les allocations prénatales pour un même enfant.

**ART. 70.** Le droit aux allocations familiales est subordonné à la justification par le travailleur d'une activité salariée d'au moins quinze jours ou cent vingt heures de travail ou de jours assimilés dans le mois.

Le montant mensuel des allocations familiales pour tous les enfants bénéficiaires est calculé en tenant compte:

1. du montant mensuel par enfant;
2. du nombre d'enfants bénéficiaires de l'assuré.

Le travailleur, qui a accompli au moins quinze jours de travail ou de jours assimilés dans un mois civil, a droit à la totalité du montant mensuel des allocations familiales.

## Chapitre II

### Branche des risques professionnels

#### Section 1<sup>re</sup>

#### Risques couverts

**ART. 71.** La branche des risques professionnels comprend:

1. les accidents du travail;
2. les maladies professionnelles, en ce compris les maladies d'origine professionnelle.

**ART. 72.** L'accident du travail est, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu à un travailleur par le fait ou à l'occasion du travail pour le compte de son employeur, qu'il y ait ou non faute de sa part.

Est également considéré comme accident du travail:

1. l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller et de retour, entre sa résidence ou le lieu où il prend ordinairement ses repas et le lieu où il effectue son travail ou perçoit sa rémunération, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné par un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de l'emploi;

2. l'accident survenu pendant les voyages dont les frais sont supportés par l'employeur en vertu des textes en vigueur ou supportés par un tiers avec l'accord de l'employeur.

**ART. 73.** Est considérée comme maladie professionnelle, toute maladie désignée dans le tableau des maladies professionnelles et contractée dans les conditions y mentionnées.

**ART. 74.** Est présumée d'origine professionnelle, toute maladie caractérisée non désignée dans le tableau des maladies professionnelles, lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne son incapacité permanente ou son décès.

La maladie d'origine professionnelle est prise en charge après un avis motivé du comité de santé créé par les ministres ayant dans leurs attributions respectives la sécurité sociale et la santé.

## Section 2

### Prestations servies

**ART. 75.** En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (ou d'origine professionnel. l'assuré victime a droit aux prestations en nature et /ou en espèces.

Les prestations en nature comprennent:

1. l'assistance médicale, chirurgicale et les soins dentaires, y compris les examens médicaux, radiographiques, les examens de laboratoire et les analyses;
2. la fourniture des produits pharmaceutiques;
3. l'entretien dans un hôpital ou une autre formation sanitaire y compris la nourriture habituelle fournie par l'établissement;
4. le transport de la victime du lieu de l'accident à la formation sanitaire et à sa résidence et vice-versa;
5. la fourniture, l'entretien et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par les lésions résultant de l'accident et reconnus par le médecin désigné ou agréé par la Caisse comme indispensables ou de nature à améliorer la réadaptation ou la rééducation professionnelle;
6. les lunettes, les soins infirmiers et les visites à domicile;
7. la réadaptation fonctionnelle, le reclassement de la victime dans les conditions déterminées par un **arrêté** du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

**ART. 76.** Les prestations en espèces comprennent:

1. l'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail, totale ou partielle;
2. la rente ou l'allocation d'incapacité en cas d'incapacité permanente, totale ou partielle;
3. les rentes de survivants et l'allocation de frais funéraires en cas de décès;
4. les frais de réadaptation fonctionnelle ou de reclassement.

## Section 3

### Formalités à accomplir

**ART. 77.** L'employeur est tenu de déclarer à la Caisse suivant le modèle A1, dans un délai de soixante jours, tout accident du travail et suivant le modèle M1, dans un délai de cent vingt jours, toute maladie professionnelle ou d'origine professionnelle dont est victime le salarié occupé dans l'entreprise. Il doit en réserver copie à l'Inspection du travail et de la sécurité sociale du ressort et à la victime.

En cas de carence ou d'impossibilité dans le chef de l'employeur, la déclaration modèle A1 ou M1 peut être faite par la victime ou par ses représentants ou encore par ses ayants droit, jusqu'à l'expiration d'un délai de deux ans suivant la date de l'accident ou de la première constatation médicale de la maladie professionnelle.

Ce délai court à compter du jour de l'accident ou de la première constatation médicale de la maladie professionnelle.

**ART. 78.** La déclaration d'accident, modèle A1, mentionne notamment:

1. nom, adresse physique, dénomination ou raison sociale de l'employeur ainsi que numéro d'affiliation qui lui a été attribué par la Caisse;
2. nom, adresse physique, numéro de téléphone, adresse e-mail, photo passeport, lieu et date de naissance de la victime ainsi que numéro de la carte d'identité ou du tenant lieu;
3. numéro de la carte de sécurité sociale de la victime;
4. nom de l'épouse et des enfants ainsi que leur adresse;
5. nom, qualité et adresse physique du déclarant;
6. ville, territoire ou siège d'exploitation de l'employeur qui établit la déclaration;
7. date de début de service et fonction habituelle de la victime;
8. nom, date de naissance de l'épouse et de chacun des enfants légalement bénéficiaires d'une allocation familiale;
9. nom des ascendants directs entretenus;
10. lieu, jour, date, heure, causes et circonstances de l'accident;

11. nom et adresse physique des principaux témoins de l'accident;
12. nom et adresse physique du tiers responsable de l'accident, le cas échéant;
13. rémunérations ou rétributions perçues par la victime au cours des trois derniers mois civils précédant celui au cours duquel l'accident est survenu.

La déclaration est établie en six exemplaires dont deux sont adressés à la Caisse, un à la victime ou à ses ayants droit, un à l'employeur, un à l'inspection du travail et de la sécurité sociale et un à la division de la prévoyance sociale.

La déclaration peut être faite par voie électronique.

**ART. 79.** La déclaration de maladie professionnelle, modèle M1, mentionne notamment:

1. nom, adresse physique, dénomination ou raison sociale de l'employeur ainsi que numéro d'affiliation lui attribué par la Caisse;
2. nom, adresse physique, numéro de téléphone, adresse e-mail, photo passeport lieu et date de naissance de la victime ainsi que numéro de la carte d'identité ou du tenant lieu;
3. numéro de la carte de sécurité sociale de la victime;
4. nom de l'épouse et des enfants ainsi que leur adresse physique;
5. nom, qualité et adresse physique du déclarant;
6. ville, territoire ou siège d'exploitation de l'employeur qui établit la déclaration;
7. date de début de service et fonction habituelle de la victime;
8. nom, date de naissance de l'épouse et de chacun des enfants légalement bénéficiaire d'une allocation familiale;
9. nom des ascendants directs entretenus;
10. lieu, jour et date, causes et circonstances de la maladie;
11. date de la cessation éventuelle de travail;
12. rémunérations ou rétributions perçues par la victime au cours des trois derniers mois civils précédant celui au cours duquel la maladie a été constatée.

La déclaration est établie en six exemplaires dont deux sont adressés à la Caisse, un à la victime ou à ses ayants droit, un à l'employeur et les deux derniers à l'inspection du travail et à la division de la prévoyance sociale.

**ART. 80.** La Caisse, par le truchement de l'employeur, met à la disposition de l'assuré victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, bénéficiaire des soins médicaux, un carnet de suivi médical.

**ART. 81.** Le certificat de première constatation de l'accident, modèle A2, ou de la maladie, modèle M2, contenant des informations conformes à celles du modèle annexé à la déclaration, modèle A1, ou modèle M1 est établi par un médecin et adressé à la Caisse par la voie la plus rapide.

La durée d'incapacité de travail requise dans le certificat de première constatation ne peut dépasser trente jours.

Toutefois, lorsque l'incapacité excède vingt et un jours, la liquidation des indemnités journalières est soumise à l'avis préalable du médecin désigné ou agréé par la Caisse.

**ART. 82.** Si l'incapacité se prolonge au-delà de la période prévue dans le certificat de première constatation médicale et si elle atteint plus de trente jours, l'employeur fait établir par un médecin un certificat modèle A3 ou M3 de prolongation d'incapacité qui est adressé à la Caisse.

Ce certificat de prolongation d'incapacité doit être renouvelé pour chaque période de nonante jours et ce, sous contrôle de la Caisse.

**ART. 83.** Dans les soixante jours qui suivent la guérison, la consolidation des lésions ou le décès de la victime, l'employeur fait établir par le médecin un certificat de dernière constatation, modèle A4 ou modèle M4. Celui-ci est adressé à la Caisse.

**ART. 84.** Les formulaires des déclarations cités aux articles 81, 82 et 83 du présent arrêté, sont établis en six exemplaires dont deux sont adressés à la Caisse, un à la victime ou à ses ayants droit, un à l'employeur, un à l'inspection du travail et de la sécurité sociale et un à la division de la prévoyance sociale.

**ART. 85.** Les formulaires de déclaration et les certificats médicaux visés aux articles 78, 79, 81, 82 et 83 dûment établis, sont transmis aux destinataires respectifs désignés dans les articles précités à la diligence de la Caisse.

**ART. 86.** En cas de carence de l'employeur, l'administration locale compétente, sur requête de la victime, de ses ayants droit ou de la délégation syndicale, accomplit les formalités mises à charge de l'employeur par les dispositions des articles 81, 82 et 83 du présent arrêté.

Elle peut notamment désigner aux frais de l'employeur le médecin chargé d'examiner la victime ou le malade et d'établir les certificats prescrits.

## Section 4

### Calcul des rentes, des allocations et de l'indemnité journalière d'incapacité

**ART. 87.** En cas d'incapacité temporaire de travail dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse, la victime a droit à une indemnité journalière pour chaque jour d'incapacité, ouvrable ou non, suivant celui de l'arrêt de travail consécutif à l'accident.

Le montant de l'indemnité journalière est égal aux deux tiers de la rémunération journalière moyenne de la victime. Ce montant est réduit de moitié pendant la durée de l'hospitalisation si le travailleur n'a pas de charge de famille.

La rémunération journalière moyenne s'obtient en divisant par nonante 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 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. 88.** Si l'incapacité dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse est ou devient permanente et totale, la victime a droit à une rente d'incapacité égale à quatre-vingt-cinq pour cent de sa rémunération mensuelle moyenne.

En cas d'incapacité permanente et partielle, la victime a droit à la même rente multipliée par le degré de l'incapacité.

La rémunération mensuelle moyenne servant de base de calcul de la rente est égale à trente fois la rémunération moyenne journalière.

La rente remplace les indemnités journalières à partir du 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit celui au cours duquel l'incapacité présente le caractère de permanence. Cette permanence est constatée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse.

Le degré de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et/ou mentales de la victime ainsi que, selon ses aptitudes et qualifications professionnelles, sur la base d'un barème indicatif d'invalidité.

L'incapacité permanente partielle est fixée par le médecin traitant de la victime puis contrôlée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse.

En cas de désaccord sur le degré de l'incapacité permanente de l'accidenté, il est procédé à une expertise médicale. Dans ce cas, l'avis du médecin expert est prépondérant.

Le titulaire d'une rente d'incapacité dont l'état nécessite de manière constante l'aide et les soins d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante, a droit à un supplément égal à cinquante pour cent de sa rente.

**ART. 89.** Lorsque le degré d'incapacité permanente et partielle est inférieur à quinze pour cent, la rente est remplacée par une allocation d'incapacité égale à trois fois le montant annuel de la rente correspondant au degré d'incapacité de la victime.

**ART. 90.** Au cas où le bénéficiaire d'une rente d'incapacité permanente partielle est à 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 mensuelle moyenne prise comme base de calcul de la rente précédente.

Toutefois, si à l'époque du dernier accident la rémunération mensuelle moyenne de la victime est supérieure à celle qui a été prise comme base de calcul de la rente, la nouvelle rente est calculée sur base de la rémunération mensuelle moyenne la plus élevée.

**ART. 91.** Au cas où le bénéficiaire d'une allocation d'incapacité est à nouveau victime d'un accident du travail et se trouve atteint d'une incapacité supérieure à quinze pour cent, la rente est calculée en tenant compte de l'ensemble des lésions subies et de la rémunération mensuelle moyenne prise comme base de calcul pour l'allocation d'incapacité.

Si, à l'époque du dernier accident, la rémunération mensuelle moyenne 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 mensuelle moyenne la plus élevée. Dans ce cas, le montant est réduit pour chacune des trois premières années suivant la liquidation de la rente du tiers du montant de l'allocation d'incapacité alloué à l'intéressé.

**ART. 92.** La victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle a droit pendant toute la durée de l'incapacité temporaire de travail, ainsi qu'en cas d'incapacité permanente égale ou supérieure à soixante-six pour cent, aux allocations familiales légales.

Toutefois, si la victime de l'accident ou de la maladie reprend une activité salariée donnant droit aux allocations familiales, seules sont dues, dans ce cas, les prestations dont le montant est le plus élevé.

**ART. 93.** Les rentes de l'incapacité sont toujours concédées à titre temporaire. Si après liquidation, une aggravation ou une atténuation de l'incapacité ou de l'invalidité est dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse, il est procédé, à l'initiative de ce dernier ou à la demande du titulaire, à une révision de la rente qui, selon le changement constaté, est majorée à partir de la date de l'aggravation ou réduite ou suspendue à partir du premier jour du mois civil suivant la notification de la décision.

La victime ne peut refuser de se présenter aux examens médicaux requis par la Caisse, sous peine de s'exposer à une suspension des services de la rente. Ces examens ont lieu à des intervalles de six mois au cours des deux années suivant la date de la guérison apparente ou de la consolidation de la lésion et d'un an après ce délai.

Aucune révision ne peut plus intervenir après un délai de cinq ans suivant la date de la guérison apparente ou de la consolidation de la lésion, si l'invalidité est due à un accident, de dix ans si elle est due à une maladie et de quinze ans si elle est due à la silicose.

**ART. 94.** Pour les apprentis, les stagiaires, les élèves des établissements d'enseignement technique professionnel et artisanal, le personnel placé dans les centres de formation, la personne placée par l'État dans un établissement de garde et le détenu

exécutant un travail périlleux, la rémunération mensuelle moyenne est au moins égale au salaire minimum interprofessionnel garanti.

**ART. 95.** L'employeur est également tenu dès la survenance de l'accident:

1. de faire assurer les soins de première urgence à la victime;
2. d'aviser le médecin de l'entreprise ou à défaut, le médecin le plus proche;
3. de diriger éventuellement la victime sur le centre médical ou sur la formation sanitaire la plus proche du lieu de l'accident.

La Caisse prend à sa charge, dès le début de l'incapacité résultant de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle et sans limitation de durée, les soins médicaux nécessités par la lésion découlant dudit accident ou de l'affection consécutive à la maladie.

Les appareils de prothèse et d'orthopédie sont à charge de la Caisse dès le premier jour d'incapacité et sont entretenus ou renouvelés même après l'expiration du délai de révision de cinq ans si l'invalidité est due à un accident, de dix ans si elle est due à une maladie et de quinze ans si elle est due à la silicose.

Les soins médicaux sont fournis par la Caisse ou par le ou les établissement(s) médical (aux) sélectionné (s) par elle parmi les formations publiques et privées agréées par l'autorité compétente.

Les prestations des établissements médicaux sont rémunérées ou remboursées, suivant le cas, par la Caisse, sur la base d'un tarif forfaitaire fixé de commun accord entre parties ou, à défaut, sur la base des prix standards établis par la réglementation en vigueur.

Toutefois, en cas de force majeure ou d'urgence justifiée par l'état de santé de la victime, la Caisse rembourse à l'assuré, selon les modalités définies à l'alinéa précédent du présent article, les frais exposés auprès d'un établissement médical non sélectionné.

Par soins d'urgence, il faut entendre toute situation du vécu humain qui nécessite une intervention immédiate ou rapide durant vingt-quatre heures sans laquelle le pronostic vital est réservé.

**ART. 96.** Article 96: Les prestations en nature comprennent:

1. l'assistance médicale, chirurgicale et les soins dentaires y compris les examens médicaux, radiographiques, les examens de laboratoire et les analyses;
2. la fourniture des produits pharmaceutiques;
3. l'entretien dans un hôpital ou une autre formation sanitaire y compris la nourriture habituelle fournie par l'établissement;
4. le transport de la victime du lieu de l'accident à la formation sanitaire et à sa résidence et vice-versa;
5. la fourniture, l'entretien et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par les lésions résultant de l'accident et reconnus par le médecin désigné ou agréé par la Caisse comme indispensables ou de nature à améliorer la réadaptation ou la rééducation professionnelle;
6. les lunettes, les soins infirmiers et les visites à domicile;
7. la réadaptation fonctionnelle, le reclassement de la victime dans les conditions déterminées par un arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

**ART. 97.** Lorsque l'accident du travail ou la maladie professionnelle a causé la mort de la victime, il est alloué les réparations en espèces suivantes:

1. au conjoint en vie, à condition que le mariage ait été inscrit à l'état civil, six mois au moins avant le décès; sauf si un enfant est né de l'union conjugale ou que la veuve se trouve en état de grossesse à la date du décès de l'assuré, une rente viagère égale à cinquante pour cent de la rente à laquelle le défunt ou la défunte avait ou aurait eu droit à la date de son décès.

En cas de remariage, cette rente s'éteint et le conjoint survivant reçoit une allocation égale à douze fois le montant mensuel de la rente;

2. aux enfants tels que définis par le [Code de la famille](#), une rente d'orphelin égale à cinquante pour cent de la rente à laquelle le défunt ou la défunte avait ou aurait eu droit à la date de son décès.

Le pourcentage alloué aux orphelins est doublé, s'il n'y a pas de conjoint survivant.

À défaut du conjoint survivant et d'orphelins, les ascendants directs que l'assuré entretenait bénéficient de cent pour cent de la rente ci-haut visée.

La rente des ascendants est répartie à raison de cinquante pour cent à chaque parent.

Cependant, en cas de décès de l'un d'eux, le survivant bénéficie de cent pour cent de cette rente;

3. Il est alloué à la personne qui a pris à sa charge les frais d'inhumation, une allocation des frais funéraires, dans la limite des frais exposés et sur production des pièces justificatives de dépenses.

Le montant de cette allocation ne peut dépasser nonante fois la rémunération journalière minimum légale allouée au travailleur manœuvre.

**ART. 98.** Le montant de la rente de l'assuré ou de la rente de survivants ne peut être inférieur au quart (25 %) du salaire minimum interprofessionnel garanti pour un manœuvre ordinaire.

### Chapitre III Branche des pensions

**ART. 99.** Les prestations servies dans la branche des pensions comprennent:

- la pension de retraite et l'allocation de vieillesse;
- la pension d'invalidité;
- la pension des survivants et l'allocation de survivants.

## Section 1<sup>re</sup>

### Pension de retraite et allocation de vieillesse

#### 1

##### *Conditions d'ouverture du droit*

**ART. 100.** Le droit à la pension de retraite s'ouvre à l'âge de soixante ans en faveur de l'assuré qui remplit les conditions suivantes:

1. avoir accompli au moins cent quatre-vingts mois, soit quinze ans d'assurance;
2. avoir cessé toute activité salariée.

La mise à la retraite ne peut intervenir qu'à la demande expresse du travailleur.

Toutefois, soixante-cinq ans constituent pour l'assuré l'âge limite pour être mis d'office à la retraite.

**ART. 101.** L'assuré qui atteint l'âge de soixante ans, qui cesse effectivement toute activité salariée et qui justifie d'une assurance de moins de cent quatre-vingt mois, bénéficie d'une allocation unique de vieillesse.

**ART. 102.** L'assuré qui atteint l'âge de soixante ans et n'accomplit pas la durée minimale d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une pension de retraite dispose d'un droit de rachat des mois de cotisations manquantes.

Le rachat ne porte, au maximum, que sur soixante mois, soit cinq années de cotisations tenant compte de la dernière rémunération mensuelle de l'intéressé à la date de la demande.

#### 2

##### *Formalités à accomplir*

**ART. 103.** La demande de la pension de retraite, modèle PR, établie en quatre exemplaires, est introduite à la Caisse dont deux pour la Caisse, un pour l'employeur et un autre valant accusé de réception pour le demandeur.

**ART. 104.** Lors de l'introduction de la demande de pension de retraite, le demandeur déclare sur le formulaire ad hoc:

1. nom;
2. lieu et date de naissance;
3. composition familiale;
4. noms de ses parents (père et mère);
5. numéro de sa carte d'identité ou du tenant lieu;
6. numéro de la carte de sécurité sociale;
7. date du début et de la fin de chacune de ses périodes de service;
8. noms ou dénominations des employeurs chez lesquels ces services ont été effectués ainsi que le lieu de prestation desdits services;
9. date à laquelle il a cessé l'activité salariée;
10. preuve du bénéfice d'autres prestations sociales;
11. numéro de la décision sur le brevet et le moyen (banque ou caisse) par lequel cette prestation est payée s'il bénéficiait d'une pension de survivants, d'une indemnité ou d'une rente en application des dispositions légales;
12. adresse à laquelle il résidera lors de la première échéance de la pension, son numéro de téléphone et, le cas échéant, son adresse e-mail et le numéro de son compte bancaire;
13. montant des rémunérations soumises à cotisation dont il a bénéficié au cours des soixante derniers mois d'assurance.

Le demandeur est tenu de joindre à sa demande tous les documents servant de preuve à l'accomplissement des services qu'il déclare et du montant des rémunérations perçues au cours des soixante derniers mois d'assurance.

#### 3

##### *Calcul de la pension de retraite et de l'allocation de vieillesse*

**ART. 105.** Le montant de la pension de retraite est fixé en fonction de la rémunération mensuelle moyenne telle que définie à l'article 155 du présent arrêté.

Au terme de cent quatre-vingts mois d'assurance, le montant mensuel de la pension de retraite est égal à quarante pour cent de la rémunération mensuelle moyenne.

Si le nombre de mois d'assurance ou de mois assimilés dépasse cent quatre-vingts mois le pourcentage est augmenté de deux pour cent pour chaque période d'assurance ou la période assimilée correspondant à douze mois.

Le montant mensuel de la pension de retraite est au moins égal à cinquante pour cent du salaire minimum interprofessionnel garanti, sans toutefois dépasser soixante pour cent de la rémunération mensuelle moyenne.

**ART. 106.** Le montant de l'allocation de vieillesse est égal à deux fois la dernière rémunération soumise à cotisation de l'assuré pour chaque période de douze mois d'assurance.

Toutefois, ce montant ne peut être inférieur à la moitié du montant de la pension minimale telle que définie à l'article 95 de la loi 16-009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

## 4

### *Conditions d'ouverture du droit à la pension anticipée, formalités à accomplir et calcul*

**ART. 107.** Peut bénéficier d'une pension de retraite anticipée volontaire, tout assuré demandeur qui remplit les conditions suivantes:

1. avoir atteint au moins cinquante-cinq ans d'âge;
2. avoir accompli au moins cent quatre-vingt mois, soit quinze ans d'assurance;
3. avoir cessé toute activité salariée.

**ART. 108.** L'assuré âgé d'au moins cinquante-cinq ans et atteint d'une usure prématurée de ses facultés physiques et/ou mentales le rendant inapte à exercer une activité salariée, dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse peut, à sa demande ou à celle de son employeur, bénéficier d'une pension anticipée, à condition de justifier d'au moins cent quatre-vingts mois d'assurance.

**ART. 109.** La demande de la pension anticipée, modèles PA1 et PA2, établie en quatre exemplaires, est introduite à la Caisse dont deux pour la Caisse, un pour l'employeur et un autre valant accusé de réception pour le demandeur.

**ART. 110.** Lorsqu'il s'agit d'une demande de pension anticipée, outre les mentions de l'article 104 ci-dessus, le demandeur déclare ce qui suit:

1. avoir atteint au moins l'âge de cinquante-cinq ans;
2. avoir réuni au moins cent quatre-vingts mois d'assurance;
3. prendre l'engagement d'informer la Caisse en cas de reprise d'activité procurant une rémunération.

S'il s'agit d'une demande de pension anticipée volontaire (PA1), celle-ci doit être remplie par le travailleur lui-même.

S'il s'agit d'une demande résultant d'une usure prématurée de ses facultés physiques et/ou mentales (PA2) le rendant inapte à exercer une activité salariée dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse, la demande précise si elle est remplie par l'assuré lui-même ou par son employeur.

Toutefois, l'employeur est tenu de garder le demandeur en activité au moment de l'introduction de son dossier à la Caisse ou à défaut de le mettre en arrêt de travail jusqu'à l'aboutissement du processus.

Le demandeur est tenu de joindre à sa demande tous les documents servant de preuve à l'accomplissement des services qu'il déclare et du montant des rémunérations perçues au cours de soixante derniers mois d'assurance.

**ART. 111.** Le montant de la pension anticipée est calculé selon les mêmes règles que celles de la pension de retraite.

Toutefois, en cas de bénéfice de la pension anticipée volontaire, ce montant subit un rabatement de cinq pour cent par année d'anticipation.

## Section 2

### Pension d'invalidité

## 1

### *Conditions d'ouverture du droit*

**ART. 112.** 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 constatée par un médecin désigné ou agréé par la Caisse le rendant inapte à gagner un tiers de la rémunération qu'un travailleur ayant la même formation peut se procurer par son travail.

**ART. 113.** L'assuré qui devient invalide par suite de maladie non professionnelle avant d'atteindre l'âge d'admission à la pension de retraite a droit à une pension d'invalidité, à condition de justifier au moins trente-six mois d'assurance ou de périodes assimilées au cours de soixante derniers mois civils précédant immédiatement celui au cours duquel il est devenu invalide.

Au cas où l'invalidité est due à un accident d'origine non professionnelle, le droit à la pension est, nonobstant les périodes d'assurance ou assimilées, reconnu à la victime, à condition qu'elle ait occupé un emploi assujéti à l'assurance à la date de l'accident et qu'elle ait été immatriculée à la Caisse.

## 2

### *Formalités à accomplir*

**ART. 114.** La demande de la pension d'invalidité, modèle Pl1, établie en quatre exemplaires, est introduite à la Caisse dont deux pour la Caisse, un pour l'employeur et un autre valant accusé de réception pour le demandeur.

**ART. 115.** Lorsqu'il s'agit d'une demande de pension d'invalidité, outre les mentions de l'article 104 ci-dessus, le demandeur déclare:

1. ne pas être à même d'exercer une activité procurant une rémunération salariée pendant la période d'invalidité;
2. que 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.

Au cas où l'invalidité est due à un accident, le demandeur précise la date de l'accident et celle de son immatriculation à la Caisse.

**ART. 116.** La demande de pension d'invalidité, modèle Pl1, doit être accompagnée d'un certificat médical, modèle Pl2, établi par le médecin. Le certificat mentionne ce qui suit:

1. le demandeur a subi, 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. l'invalidité est due à une maladie ou résulte d'un accident, en précisant qu'il s'agit ou non d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail;
3. l'invalidité n'est pas due:
  - a. à une faute intentionnelle du demandeur;
  - b. à un risque spécial, à savoir:
    - une maladie ou un accident provoqué par une infraction commise par le travailleur et ayant entraîné sa condamnation définitive;
    - un accident survenu à l'occasion de la pratique d'un sport dangereux, d'un exercice violent pratiqué au cours ou en vue d'une compétition ou d'une exhibition, sauf lorsque ceux-ci sont organisés par l'employeur;
    - une maladie ou un accident survenu à la suite d'un excès de boisson ou de drogue;
    - une maladie ou un accident provoqué par la faute intentionnelle de l'intéressé;
    - une maladie ou un accident survenu à la suite de travaux effectués pour compte d'un tiers;
    - des faits de guerre, de troubles ou d'émeutes, sauf si la maladie ou l'accident, conformément à la définition qui en est donnée par la réglementation sur la sécurité sociale, survient par le fait ou à l'occasion du travail;
4. les examens auxquels le médecin a procédé ou a fait procéder; en ce cas, il joint au certificat les protocoles d'analyses ou d'examens des spécialistes consultés;
5. la description des affections ou lésions, séquelles ou infirmités dont le demandeur est atteint;
6. 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. le médecin a des doutes sur la permanence de l'invalidité, auquel cas il fixe la date à laquelle le demandeur devra subir un examen de révision.

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

Le demandeur est tenu de joindre à sa demande tous les documents servant de preuve à l'accomplissement des services qu'il déclare et du montant des rémunérations perçues au cours des soixante derniers mois d'assurance.

### 3

#### *Calcul de la pension d'invalidité*

**ART. 117.** Le montant de la pension d'invalidité est calculé selon les mêmes règles que celui de la pension de retraite.

La pension d'invalidité est remplacée par une pension de retraite de même montant lorsque le bénéficiaire atteint l'âge de soixante-cinq ans.

**ART. 118.** Le montant de la pension d'invalidité est majoré de cinquante pour cent lorsque le médecin désigné ou agréé par la Caisse atteste que le titulaire a besoin de façon constante l'aide et les soins d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante.

### Section 3

#### Pension de survivants et allocation des survivants

### 1

#### *Conditions d'ouverture du droit*

**ART. 119.** La pension des survivants est due en cas du décès:

1. du titulaire d'une pension de retraite ou d'invalidité ou d'une pension anticipée;

2. de l'assuré qui, à la date de son décès, remplissait les conditions requises pour bénéficier d'une pension de retraite ou d'invalidité;
3. de l'assuré qui justifiait de cent quatre-vingts mois d'assurance.

**ART. 120.** Sont considérés comme survivants:

1. le conjoint en vie, à condition que le mariage tel que défini à l'article 330 du Code de la famille ait été inscrit à l'état-civil six mois au moins avant le décès; sauf si un enfant est né de l'union conjugale ou que la veuve se trouve en état de grossesse à la date du décès de l'assuré.  
Le délai de six mois n'est non plus requis en cas de décès résultant d'un accident, à la condition que le mariage soit antérieur à l'accident;
2. les enfants tels que définis par le Code de la famille;
3. les ascendants directs entretenus par l'assuré, à défaut des survivants susvisés.

**ART. 121.** Le droit à la pension du conjoint survivant s'éteint en cas de remariage. Dans ce cas, le conjoint survivant a droit à une allocation unique.

**ART. 122.** L'allocation des survivants est due au cas où l'assuré décédé comptait entre douze mois et moins de cent quatre-vingts mois d'assurance. Cette allocation est payable en une seule fois.

## 2

### *Formalités à accomplir*

**ART. 123.** La demande de la pension ou d'allocation des survivants, modèle PS, établie en quatre exemplaires, est introduite à la Caisse dont deux pour la Caisse, un pour l'employeur et un autre valant accusé de réception pour le demandeur.

La Caisse peut prêter ses bons offices au demandeur pour le remplissage de la demande et, s'il y a lieu, la remplit sur base des déclarations du demandeur.

**ART. 124.** Lors de l'introduction de la demande de pension des survivants, le demandeur déclare ce qui suit:

1. en ce qui concerne le travailleur décédé:
  - a. nom;
  - b. lieu et date de naissance;
  - c. noms de ses parents (père et mère);
  - d. numéro de sa carte d'identité ou d'un tenant lieu;
  - e. numéro de la carte de sécurité sociale;
  - f. date, lieu et cause du décès;
  - g. si le décès est ou non consécutif à un accident pour lequel la responsabilité d'un tiers est engagée et dans l'affirmative, l'identité de ce tiers;
  - h. s'il bénéficiait des allocations familiales, d'une pension des survivants, d'une indemnité ou d'une rente en application des dispositions légales, indiquer le numéro de la décision sur le brevet et le moyen (banque ou caisse) par lequel cette prestation est payée;
  - i. s'il bénéficiait d'une pension ou d'une allocation de retraite ou d'invalidité ou d'une pension anticipée à charge de la Caisse, indiquer le numéro de la décision de cette pension ou allocation;
2. En ce qui concerne le demandeur lui-même:
  - a. si la demande est introduite par le conjoint:
    - nom;
    - adresse physique;
    - date de naissance;
    - lieu et date de mariage;
    - s'il bénéficie d'une pension de retraite ou d'invalidité ou d'une pension anticipée, ou d'une rente d'incapacité, indiquer le numéro de la décision de cette prestation;
    - nom et date de naissance de chacun des orphelins;
    - preuves de scolarité des orphelins;
  - b. si la demande est introduite par l'un des orphelins ou le représentant légal des orphelins:
    - nom du représentant légal;
    - adresse physique;
    - nom et date de naissance de chacun des orphelins;
    - preuves de scolarité des orphelins;
  - c. si la demande est introduite par l' (les) ascendant (s):
    - nom et date de naissance de chacun des ascendants;
    - adresse physique;
    - lien de filiation avec l'assuré;

- si chacun d'eux bénéficie d'une pension de retraite ou d'invalidité ou d'une pension anticipée, ou d'une rente d'incapacité, indiquer le numéro de la décision de cette prestation.

**ART. 125.** Lorsqu'aucune demande modèle PR ou modèle PI n'a pas été introduite par le travailleur qui, au moment de son décès aurait eu droit à une pension de retraite ou s'il avait été invalide, à une pension d'invalidité, la demande modèle PS précise en outre:

1. date du début et de la fin de chacune des périodes de services accomplis par le travailleur;
2. noms ou dénomination sociale des employeurs chez lesquels ces services ont été accomplis ainsi que le lieu de la prestation de ceux-ci;
3. montant des rémunérations soumises à cotisation dont le travailleur a bénéficié au cours des soixante derniers mois d'assurance.

**ART. 126.** Lorsqu'il est fait application de la disposition précédente, le demandeur est tenu de joindre à la demande PS tous les documents en sa possession permettant d'établir la preuve des services déclarés ainsi que les bulletins de paie de soixante derniers mois d'assurance.

**ART. 127.** L'employeur certifie:

1. l'exactitude des déclarations du demandeur en ce qui concerne:
    - a. l'identité du travailleur, le lieu et la date de son décès et son numéro de la carte de sécurité sociale;
    - b. l'identité du demandeur et des orphelins au bénéfice desquels la pension ou l'allocation est demandée;
    - c. la date du mariage;
  2. que le conjoint survivant était, au moment du décès, l'époux (se) monogame non divorcé (e);
  3. que les enfants au bénéfice desquels la pension ou l'allocation est demandée entrent dans les catégories de bénéficiaires définies au [Code de la famille](#);
  4. qu'à sa connaissance le travailleur n'est pas décédé par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.
- Il certifie en outre ne pas être en possession d'éléments permettant d'infirmer les déclarations faites par le demandeur en application des dispositions précédentes.

### 3

#### *Calcul des pensions et des allocations des survivants*

**ART. 128.** Les pensions des survivants sont calculées en pourcentage de la pension de retraite ou d'invalidité ou de la pension anticipée à laquelle l'assuré (e) avait ou aurait eu droit à la date de son décès à raison de:

1. cinquante pour cent au conjoint survivant;
2. cinquante pour cent à partager à parts égales entre les orphelins en âge de scolarité et limité à vingt-cinq ans pour les étudiants.

Le conjoint survivant remarié a droit à une allocation unique égale à douze fois le montant mensuel de sa pension.

Le pourcentage alloué aux orphelins est doublé s'il n'y a pas de conjoint survivant.

À défaut du conjoint survivant et d'orphelins, les ascendants directs entretenus par l'assuré décédé bénéficient de cent pour cent de la pension mensuelle à laquelle le défunt avait ou aurait eu droit.

**ART. 129.** Le montant de l'allocation de survivant est égal à douze fois la pension de retraite mensuelle à laquelle l'assuré aurait pu prétendre au terme de cent quatre-vingts mois d'assurance.

La répartition de cette allocation est faite conformément à l'article 128 du présent arrêté.

## Chapitre IV

### Dispositions communes

#### Section 1<sup>re</sup>

#### Prise de cours des pensions

**ART. 130.** La pension de vieillesse, la pension d'invalidité, la pension anticipée ainsi que la pension de survivant, prennent cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel sont réunies les conditions requises pour leur attribution conformément aux formalités prévues dans le présent arrêté.

Les rentes d'incapacité et de survivants prennent cours à partir du 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit celui au cours duquel l'incapacité présente le caractère de permanence ou celui au cours duquel le décès de l'assuré victime est survenu.

Toutefois, les arrérages des rentes ou des pensions ne sont pas versés pour une période antérieure excédent six mois à partir de l'introduction de la demande ou de la déclaration auprès de la Caisse.

#### Section 2

#### Notification des décisions

### *Pour les Prestations aux familles*

**ART. 131.** Les décisions attribuant ou refusant les prestations aux familles sont notifiées directement au déclarant ou au demandeur selon le cas.

La décision refusant la prestation est motivée et doit contenir les renseignements suivants:

- nom du demandeur;
- adresse physique;
- nature de la prestation sollicitée;
- motif du refus.

La décision attribuant la prestation doit contenir les renseignements suivants:

- nom du bénéficiaire;
- adresse physique;
- nature de la prestation attribuée;
- montant à payer;
- période de paiement.

### *Pour les prestations des pensions et des risques professionnels*

**ART. 132.** Les décisions accordant ou refusant la pension, la rente, les allocations ou les indemnités journalières d'incapacité sont notifiées à l'assuré, à ses ayants-droit ou à leur représentant légal.

Celles accordant une pension, une rente ou une allocation font l'objet d'un brevet qui doit obligatoirement comporter les renseignements suivants:

1. nom de l'assuré;
2. numéro de sa carte de sécurité sociale;
3. nom ainsi que la photo du bénéficiaire de la prestation;
4. numéro du dossier ou de la décision;
5. noms des ayants droit;
6. nature de la prestation;
7. montant mensuel de la pension ou de la rente, ou le montant de l'allocation unique dûment justifié dans la feuille de calcul annexée au brevet;
8. date de prise d'effet ou de cours de la pension ou de la rente;
9. éventuellement, la date de révision.

Le brevet des prestations sociales est personnellement délivré au bénéficiaire.

**ART. 133.** La lettre par laquelle la Caisse transmet le brevet au bénéficiaire précise la périodicité des paiements et le lieu de la résidence du bénéficiaire tel qu'il a été mentionné dans la demande de prestation.

La notification de la décision peut se faire par courrier électronique.

**ART. 134.** Les décisions refusant l'octroi d'une prestation des pensions et des risques professionnels sont motivées et comportent obligatoirement les renseignements ci-après:

1. nom de l'assuré;
2. numéro de sa carte de sécurité sociale;
3. nom du demandeur de la prestation;
4. numéro du dossier ou de la décision;
5. nature de la prestation sollicitée;
6. justification du refus.

**ART. 135.** Les originaux des pièces justificatives remises par le demandeur lors de l'introduction de sa demande lui sont renvoyées par la Caisse sous pli recommandé lors de la notification de la décision.

Les copies dûment certifiées des pièces justificatives introduites à la Caisse restent classées aux archives de la Caisse.

## Section 3

### Recours gracieux et/ou hiérarchique

**ART. 136.** La lettre de notification d'attribution de prestation ou celle de refus mentionne obligatoirement les voies de recours ouvertes au demandeur et précise les formes et délais dans lesquels les recours sont introduits.

Toutefois, après la notification d'une décision d'attribution ou de rejet d'une prestation, le bénéficiaire dispose d'un délai de six mois à partir de la date de leur réception pour introduire son recours gracieux auprès du centre de gestion compétent ou hiérarchique auprès du directeur général, selon le cas. Passé ce délai, toute action du requérant est irrecevable.

La Caisse a un délai de trente jours pour répondre au recours. En cas de silence ou d'une réponse non satisfaisante, le bénéficiaire peut saisir de plein droit la commission technique de sécurité sociale, préalable à la saisine des juridictions compétentes.

## Section 4

### Païement des prestations sociales

#### 1

#### *Païement des prestations aux familles*

**ART. 137.** Les prestations aux familles sont servies par la Caisse par voie bancaire ou par espèces auprès du centre de gestion territorialement compétent.

**ART. 138.** Le montant des allocations prénatales est payé à la mère, soit par tranche, à raison du troisième, du sixième et du huitième mois de grossesse, soit globalement.

L'allocation de maternité est payable une seule fois à la mère et en cas de décès de celle-ci, à la personne qui a la charge effective de l'enfant.

**ART. 139.** L'indemnité journalière de maternité est payée à la femme assurée suivant un échéancier mensuel au fur et à mesure que l'assurée produit les pièces indiquées aux articles 58, 59, 60 et 61 du présent arrêté, la dernière tranche étant servie après la production de l'attestation de reprise de service.

L'employeur, qui continue à payer toute la rémunération à la femme assurée pendant le repos légal de maternité, est subrogé de plein droit à l'intéressée dans les droits de celle-ci à la hauteur de l'indemnité due, à condition qu'il soit lui-même en règle de paiement des cotisations sociales.

Si l'employeur n'a payé qu'une partie de la rémunération, il est subrogé à la limite de la partie versée.

En cas d'interruption du congé de maternité, le paiement des indemnités journalières est suspendu.

**ART. 140.** Les allocations familiales sont payées à terme échu, à l'expiration de chaque mois ou trimestre civil.

En cas de décès éventuel de l'enfant, les allocations familiales afférentes au mois au cours duquel le décès est survenu sont dues.

En cas de cessation d'activité professionnelle de l'assuré, les allocations familiales sont payées à condition que le travailleur ait presté au moins pendant quinze jours ou cent vingt heures au cours du mois concerné.

Elles seront supprimées le mois suivant le décès.

**ART. 141.** Les allocations familiales sont payées par la Caisse par voie bancaire ou par guichet espèces. Celle-ci peut confier ce service à l'employeur, selon les conditions et les modalités déterminées par arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Le fait que le service de paiement des allocations familiales soit confié à l'employeur ne l'exempte pas de l'obligation de déclarer et de verser à la Caisse les cotisations dont il est redevable en vertu des dispositions de la [loi 16-009 du 15 juillet 2016](#) fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

#### 2

#### *Païement des pensions, des allocations de vieillesse et de survivant, des rentes et des indemnités d'incapacité*

**ART. 142.** Les pensions de vieillesse, d'invalidité et anticipée, les rentes d'incapacité et les pensions et rentes de survivants sont payées à terme échu à l'expiration de chaque trimestre civil.

Toutefois, le conseil d'administration de la Caisse peut déterminer dans quelle province ou sous quelles conditions les prestations sont payées mensuellement. Il peut également arrêter d'autres modalités de paiement de ces prestations.

En cas de décès du bénéficiaire d'une prestation sociale, les arrérages ou les encours trimestriels seront payés à la personne ou à l'organisme qui a, en fait, la garde des enfants pour les pensions et les rentes d'orphelin.

**ART. 143.** Les allocations de vieillesse, de survivants et d'incapacité sont payables en une seule fois.

**ART. 144.** La Caisse transmet aux centres de gestion et aux banques ou à tout autre établissement chargés du paiement des prestations sociales, le montant total des sommes à payer aux bénéficiaires. Elle transmet aussi des assignations et un relevé y afférent (listing) en double exemplaire mentionnant les noms, adresses physiques et numéros des décisions et les sommes dues pour chaque bénéficiaire.

Toutes ces informations peuvent aussi être transmises aux organismes payeurs par support électronique.

**ART. 145.** Dans les trois mois qui suivent la réception des assignations et du relevé, les centres de gestion et tout autre établissement chargés du paiement retournent à la direction générale un exemplaire du relevé portant les acquits des paiements effectués, les montants impayés ainsi que les motifs du non-paiement. Toutefois, quarante-cinq jours après le début du paiement, ils sont tenus de présenter à la direction générale un rapport partiel.

Quant aux banques, après réception des fonds et des listings, elles font rapport du paiement des prestations sociales à la Caisse dans le délai de trois mois.

Dans le même délai, les centres de gestion, les banques et les établissements chargés du paiement des prestations sociales versent le reliquat aux comptes bancaires désignés par la Caisse.

**ART. 146.** L'indemnité journalière d'incapacité temporaire de travail est réglée aux mêmes intervalles réguliers que le salaire. Toutefois, cet intervalle ne peut être inférieur à une semaine ni supérieur à un mois.

L'indemnité journalière est payée par la Caisse, soit à la victime, soit à son conjoint, soit à un tiers à qui la victime donne procuration pour l'encaissement de cette indemnité. Cette procuration doit être renouvelée à chaque période de paiement.

L'employeur, qui continue à payer la rémunération à l'assuré en état d'incapacité temporaire, est subrogé de plein droit à l'intéressé dans les droits de celui-ci à la hauteur de l'indemnité due par la Caisse, à condition qu'il soit lui-même en règle de paiement des cotisations sociales.

**ART. 147.** Tout changement d'adresse physique d'un bénéficiaire doit être signalé par celui-ci au centre de gestion qui lui paie les prestations par un formulaire de la Caisse ou par une lettre, selon le cas.

**ART. 148.** Le formulaire ou la lettre de changement d'adresse physique doit renseigner l'ancienne et la nouvelle adresse physique et éventuellement le numéro de téléphone ainsi que l'adresse e-mail.

Au formulaire ou à la lettre, doivent être annexés les photocopies des documents suivants:

1. carte d'identité ou tenant lieu;
2. brevet de prestation sociale.

**ART. 149.** Les bénéficiaires d'une pension ou d'une rente doivent se soumettre à un contrôle physique auprès du centre de gestion chargé de les payer au début de chaque semestre.

**ART. 150.** Les orphelins bénéficiaires d'une pension ou d'une rente doivent se soumettre à un contrôle physique au courant du premier trimestre civil de chaque année au centre de gestion chargé de les payer.

Pour chaque catégorie d'enfants, les documents suivants sont requis:

1. enfant âgé de moins de 6 ans, un acte de naissance ou un certificat de vie;
2. enfant âgé d'au moins 6 ans, un certificat de scolarité attestant qu'il suit les cours régulièrement dans un établissement scolaire;
3. enfant de plus de 16 ans, une attestation de fréquentation et d'assiduité établie par un institut supérieur ou une université ou un certificat attestant qu'il est apprenti, ou un certificat médical ou un certificat administratif de vie et charge en cas d'impossibilité de se livrer à un travail salarié.

**ART. 151.** Les pensions et les rentes ainsi que leurs arrérages éventuels sont servis directement par la Caisse, par les banques ou par les organismes payeurs désignés par elle.

**ART. 152.** Pour les bénéficiaires malades ou invalides, le paiement de leurs pensions ou rentes se fait à leur adresse physique ou par voie bancaire ou par guichet espèces auprès du centre de gestion territorialement compétent.

**ART. 153.** En cas de décès d'un bénéficiaire, les arrérages de pension ou de rente ou d'indemnité qui ne lui ont pas été liquidés sont payés à ses ayants-droits.

À défaut d'ayants-droit, ces arrérages ne sont pas liquidés.

**ART. 154.** Le paiement des pensions et rentes dues aux bénéficiaires résidant à l'étranger est effectué:

1. soit en République démocratique du Congo par voie bancaire, par procuration ou par toute autre voie à préciser selon le cas par la Caisse;
2. soit à l'étranger, conformément aux arrangements pris dans le cadre d'accords de réciprocité ou des conventions internationales.

Toutefois, les bénéficiaires résidant dans les pays non signataires d'un accord de réciprocité avec la République démocratique du Congo doivent fournir un certificat de vie ou tout autre document prouvant que le bénéficiaire est en vie, établi par la représentation diplomatique de celle-ci, ainsi qu'une procuration spéciale dans le cas où le bénéficiaire n'avait pas encore ouvert un compte prestation sociale.

## Section 5

### Rémunération et carrière

**ART. 155.** La rémunération est telle que définie à l'article 17 point 1 du présent arrêté.

Quant aux assujettis cités à l'article 3 points 2, 4 et 6 du présent arrêté, leur rétribution mensuelle vaut rémunération pour le calcul des prestations sociales.

- ART. 156.** La rémunération mensuelle moyenne est la soixantième partie du total des soixante rémunérations mensuelles, continues ou discontinues, de l'assuré soumises à cotisations et précédant sa date de départ à la retraite.
- Si le nombre de mois civils écoulés depuis l'immatriculation est inférieur à soixante, la rémunération mensuelle moyenne s'obtient en divisant le total des rémunérations mensuelles depuis l'immatriculation par le nombre de mois civils compris entre cette date et celle du départ à la retraite.
- Sans préjudice des dispositions de l'article 96 de la loi 16-009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, la rémunération mensuelle moyenne prend aussi en compte la quote-part suivant la période concernée des sommes représentant des périodes plus étendues que la période des cotisations retenue.
- La période des cotisations retenue est telle que comprise à l'article 20 du présent arrêté.
- ART. 157.** La carrière est la période comprise entre la date d'immatriculation et celle de cessation définitive de toute activité salariée.
- Il faut entendre par « date d'immatriculation » la date à laquelle l'assuré a commencé à occuper un emploi assujetti à l'assurance et pour laquelle les cotisations sociales sont dues à la Caisse.
- ART. 158.** Dans le cas où le travailleur n'a pas joint à sa demande les preuves exigées par la Caisse en ce qui concerne les rémunérations qui lui ont été allouées, il est retenu pour ces périodes un montant forfaitaire égal à la moyenne arithmétique des rémunérations de trois mois antérieurs à ceux mentionnés ci-dessus.

## Section 6

### Cumul des prestations sociales

- ART. 159.** Les prestations aux familles ne sont pas cumulables avec la pension de retraite, la pension anticipée et la pension d'invalidité.
- ART. 160.** Lorsqu'à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la victime a droit simultanément à une rente d'incapacité permanente et à une pension d'invalidité, seul le service de la rente d'incapacité permanente est assuré.
- Dans le cas où le montant de la pension d'invalidité est plus élevé que celui de la rente d'incapacité permanente, la différence entre les deux montants est accordée en sus audit bénéficiaire.
- ART. 161.** Lorsque le décès d'un assuré résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et que les survivants ont droit simultanément à une rente et à une pension de survivants, seul le service de la rente de survivants est assuré.
- Dans le cas où le montant de la pension de survivants est plus élevé que celui de la rente de survivants, la différence entre les deux montants est accordée en sus au bénéficiaire.
- ART. 162.** En cas de cumul de deux pensions, le titulaire a droit à la prestation la plus élevée et à la moitié de l'autre.
- En cas de cumul de deux rentes, le titulaire a droit à la rente la plus élevée et à la moitié de l'autre.
- En cas de cumul d'une rente et d'une pension de retraite ou d'une pension anticipée, le titulaire a droit à la prestation dont le montant est le plus élevé et à la moitié de l'autre.
- La Caisse est tenue de préciser la nature des prestations cumulées dans la notification de la décision.

## Chapitre V

### Dispositions diverses

- ART. 163.** En cas de décès d'un bénéficiaire de prestations aux familles non titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou d'une pension anticipée, le conjoint survivant peut, en attendant la liquidation de ses droits, continuer à bénéficier de ces prestations pour les enfants qui étaient à charge du défunt, à condition qu'il en assure la garde et l'entretien.
- À défaut du conjoint survivant, ne peut prétendre aux prestations familiales que toute autre personne à qui la garde et l'entretien des orphelins ont été confiés suivant un jugement.
- ART. 164.** Les prestations aux familles sont éteintes dès la liquidation des pensions de survivants et les montants déjà perçus sont déduits des arrérages de ces derniers.
- La suppression des prestations aux familles prend effet à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les pensions ou les allocations de survivants sont liquidées.
- ART. 165.** Les pensions de retraite, d'invalidité, anticipée et de survivants 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.
- Elles reprennent cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel ces conditions sont à nouveau réunies si la demande est introduite dans le respect des formalités de demande de prestations.
- ART. 166.** L'indemnité journalière d'accident du travail ou de maladie professionnelle cesse d'être attribuée en cas de guérison.

En cas de consolidation des lésions, elle peut être remplacée par une rente d'incapacité ou une allocation d'incapacité à partir à partir du premier jour du mois qui suit celui où l'incapacité présente un caractère de permanence.

En cas de décès, une rente de survivants est attribuée aux ayants-droit.

En cas de guérison de la victime pendant le délai de révision, la rente d'incapacité cesse d'être attribuée. Il en est de même lorsque, pendant le délai de révision, l'incapacité permanente de la victime devient inférieure à quinze pour cent. Dans ce cas, la victime a droit à trois fois le montant annuel de la rente correspondant à son nouveau degré d'incapacité.

La suppression de la rente prend effet à partir du premier jour du mois civil suivant la notification de la décision.

**ART. 167.** La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire; elle peut être révisée après des examens prescrits par la

Caisse en vue de déterminer son nouveau degré d'incapacité.

Ces examens ont lieu à des intervalles de six mois au cours des deux années suivant la date de la consolidation de la lésion et d'un an après ce délai.

La victime ne peut refuser de se présenter aux examens médicaux requis par la Caisse, sous peine de s'exposer à une suspension de service de la rente.

Aucune révision ne peut intervenir après un délai de cinq ans suivant la date de la consolidation de la lésion, si l'invalidité est due à un accident, de dix ans si elle est due à une maladie et de quinze ans si elle est due à la silicose.

La pension d'invalidité est supprimée à la date à laquelle l'intéressé n'est plus considéré comme invalide et ce, conformément à la définition de l'article 112 du présent arrêté.

**ART. 168.** Le droit aux prestations est suspendu lorsque:

1. le titulaire résidant en dehors du territoire national ne se conforme pas aux formalités prescrites dans le présent arrêté.
2. lorsqu'il néglige d'utiliser les services médicaux et connexes ainsi que les services de rééducation mis à sa disposition ou n'observe pas les règles prescrites pour la vérification de l'existence de son incapacité de travail.

**ART. 169.** Le droit aux prestations n'est pas reconnu lorsque l'événement a été provoqué par:

1. une infraction à la réglementation sur la sécurité sociale;
2. une faute intentionnelle de l'intéressé.

Nonobstant la déchéance du droit prévu à l'alinéa précédent, en cas de décès de l'intéressé, ses survivants ont droit à la moitié du montant des prestations prévues par le présent arrêté.

**ART. 170.** Lorsque l'événement ouvrant droit à une prestation est dû à la faute d'un tiers, la Caisse verse 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 subi. 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.

L'employeur, ses mandataires et ses préposés ne sont considérés comme tiers que s'ils ont provoqué intentionnellement l'accident ou la maladie. Le règlement à l'amiable intervenu entre le tiers responsable et l'assuré ou ses ayants-droit ne peut être opposé à la Caisse que s'il en avait été partie.

**ART. 171.** L'assurée perd également son droit lorsque la demande ou les pièces pour la liquidation reprises aux articles 58, 59, 60 et 61 du présent arrêté sont déposées plus de douze mois après la reprise du travail.

Le droit à l'indemnité journalière d'accident du travail, aux indemnités journalières de maternité, aux prestations aux familles et aux allocations funéraires est prescrit par un an à dater de l'éventualité donnant naissance au droit.

Le droit à la pension, à la rente et à l'allocation de vieillesse, d'invalidité ou de survivants est prescrit par dix ans à dater de l'éventualité donnant naissance au droit.

Toutefois, les arrérages des rentes ou des pensions ne sont pas versés pour une période antérieure excédant six mois à partir de la date d'introduction de la demande auprès de la Caisse.

Est interruptive du délai de prescription, toute demande ou réclamation introduite par l'assuré auprès de la Caisse.

La preuve de l'introduction de la demande ou de la réclamation incombe à l'assuré.

**ART. 172.** Les droits liquidés et non perçus sont prescrits, à compter de la date à laquelle ils ont été liquidés, par:

1. un an pour les prestations à court terme notamment les prestations aux familles, les indemnités journalières pour femmes en couches, les indemnités journalières pour incapacité temporaire, les frais funéraires, les frais médicaux et pharmaceutiques;
2. trois ans pour les prestations à long terme, notamment les pensions et les rentes.

**ART. 173.** Le bénéficiaire d'une pension anticipée ne peut plus prétendre à une pension de retraite.

Toutefois, au cas où, le titulaire d'une pension de retraite ou d'une pension anticipée reprend une activité salariée, sa pension est suspendue et ses rémunérations sont soumises à cotisations.

Ladite suspension prend fin à compter de la nouvelle cessation d'activité sans que l'intéressé puisse prétendre au paiement des arrérages précédant celle-ci.

**ART. 174.** Les prestations de sécurité sociale ne sont cessibles et saisissables que pour les dettes contractées envers la Caisse pour l'acquisition ou la construction d'habitation, ou pour cause d'obligation alimentaire prévue par la loi.  
Elles ne sont saisissables qu'à concurrence d'un cinquième dans le premier cas et d'un tiers dans le second cas.  
Les prestations aux familles sont insaisissables et incessibles.  
Dans tous les cas, l'insaisissabilité et l'incessibilité des prestations ne peuvent être invoquées contre la Caisse pour faire obstacle à la récupération des paiements obtenus indument par le bénéficiaire.

**ART. 175.** Les pièces de toute nature requises pour l'obtention des prestations sont exonérées de tous droits. Elles sont établies et délivrées gratuitement.

**ART. 176.** Toute personne qui fait intentionnellement des déclarations inexactes dans le but de bénéficier ou de faire bénéficier à autrui des prestations ou un quelconque avantage est punie des peines prévues à l'article 130 de la loi 16-009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

**ART. 177.** Les pensions et les rentes, les prestations aux familles et autres avantages liquidés, continuent à être servis aux bénéficiaires dans les conditions et pour les montants fixés dans leurs décisions d'attribution.

La valorisation éventuelle des prestations est effectuée par arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions pris sur proposition du conseil d'administration de la Caisse.

**ART. 178.** Sans préjudice des dispositions de la [loi 16-009 du 15 juillet 2016](#) fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, le présent arrêté ministériel ne sort ses effets qu'à dater du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

**ART. 179.** Sont abrogées, toutes les dispositions antérieures contraires au présent arrêté.

**ART. 180.** Le directeur général de la Caisse nationale de sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Kinshasa, le 10 novembre 2018.

Lambert Matuku Memas