

**DECRET PORTANT PARTIE
REGLEMENTAIRE DU CODE
DE LA SECURITE SOCIALE**

PORTANT PARTIE REGLEMENTAIRE
DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE

Vu la Loi Fondamentale ;

Vu la Loi L/90/006/CTRN/du 26 janvier 1994 instituant un code
de la Sécurité Sociale ;

Vu l'Ordonnance n° 030/PRG/SGG/88 du 15 juin 1988, portant
principes fondamentaux de création, d'organisation et de
contrôle des structures des services publics ;

Vu la D/94/073/PRG/SGG du 18 Août 1994 portant structure du
Gouvernement ;

Vu la D/94/078/PRG/SGG du 23 Août 1994 portant composition
partielle du Gouvernement ;

Le Conseil des Ministres entendu en sa séance du Mardi 23
Septembre 1993.

D E C R E T

TITRE 1 : CHAMP D'APPLICATION

CHAPITRE 1 : IMMATRICULATION DES TRAVAILLEURS

ARTICLE 1 : Sont considérées comme travailleurs au sens de
l'article 4 du code de la sécurité sociale :

- les travailleurs, permanents ou non, soumis au code du
travail, sans distinction d'origine, de sexe ni de religion,
lorsqu'ils sont occupés sur le territoire de la République de
Guinée, sous réserve des dispositions des alinéas 5 et 6 de
l'article 4 du code de la sécurité sociale, pour le compte
d'un ou plusieurs employeurs, quels que soient la nature, la
forme, la validité du contrat ou le montant et la nature de la
rémunération ;

- les salariés, auxiliaires et contractuels de l'Etat, des
collectivités publiques et des organismes parapublics qui ne
font pas partie d'un cadre permanent d'une administration
publique et ne relèvent pas du statut de la fonction
publique ;

- les fonctionnaires régulièrement détachés auprès d'une entreprise privée ou un établissement public et les fonctionnaires en retraite employés dans une entreprise privée ou un établissement public de l'Etat ou une collectivité territoriale ;

- les gens de maison, même à temps partiel, quelle que soit la dénomination qui leur est donnée ;

- les travailleurs agricoles salariés, quelle que soit la qualité de l'employeur qui les occupe ;

- les travailleurs temporaires ou occasionnels tels qu'ils sont définis à l'article 11 ci-dessous ;

- les membres des sociétés coopératives ouvrières de production ainsi que les gérants non salariés de coopératives et leurs préposés ;

- les gérants d'une société à responsabilité limitée, lorsque les statuts prévoient qu'ils sont nommés pour une durée limitée, même si leur mandat est renouvelable et que leurs pouvoirs d'administration sont, pour certains actes, soumis à l'autorisation de l'assemblée générale à condition que lesdits gérants ne possèdent pas ensemble plus de la moitié du capital social ; les parts sociales possédées par les ascendants, le conjoint ou les enfants mineurs d'un gérant sont assimilées à celles qu'il possède personnellement ;

- les présidents-directeurs et directeurs généraux des sociétés anonymes.

ARTICLE 2 : La Caisse procède à l'immatriculation de tous les travailleurs tels qu'ils sont définis à l'article 1 du présent décret.

La Caisse délivre à chaque travailleur immatriculé un livret d'assurance destiné à consigner, outre son identité et sa situation de famille, les renseignements essentiels sur ses périodes d'emploi et comportant un numéro d'immatriculation qu'il conservera pendant toute sa carrière professionnelle.

Les ayants droit survivants conservent le numéro d'immatriculation de l'assuré décédé.

Les anciens allocataires, les ayants droit survivants d'un titulaire de pension ou de rente dont le numéro d'immatriculation était particulier à la branche de sécurité sociale les concernant, sont immatriculés conformément aux dispositions de l'alinéa 1 du présent article.

ARTICLE 3 : Au moment de l'engagement d'un travailleur, l'employeur est tenu de lui réclamer le livret d'assurance prévu à l'article 2, sur lequel il appose la mention de la date d'embauche, le nom ou la raison sociale de son établissement et le numéro d'immatriculation d'employeur à la Caisse, le tout attesté par sa signature.

Si, au moment de l'engagement d'un travailleur, l'employeur constate que ce dernier n'a jamais été immatriculé, il s'adresse à la Caisse pour engager la procédure d'immatriculation dudit travailleur.

Lors du départ d'un travailleur, l'employeur appose sur le livret d'assurance la date du débouchage et les différents renseignements visés à l'alinéa 1 du présent article concernant l'établissement, le tout attesté par sa signature.

Il est formellement interdit à l'employeur d'y ajouter toute autre mention et en particulier d'y porter des appréciations sur le titulaire du livret ou l'indication de son salaire.

ARTICLE 4 : Soit sur demande de l'employeur en application des dispositions de l'alinéa 2 de l'article 3 ci-dessus, soit lorsque, au vu de la déclaration périodique des salaires versés, il est constaté que le travailleur n'a pas encore été immatriculé conformément à l'article 2 du présent décret, le service immatriculation de la Caisse adresse à l'employeur une demande d'immatriculation de travailleur. L'employeur complète cette demande et la retourne à la Caisse dans le délai maximum d'un mois, accompagnée des pièces justificatives d'état civil ou de leurs photocopies certifiées conformes.

La demande d'immatriculation de travailleur comporte les mentions suivantes :

- les nom et prénoms du travailleur et, pour une femme mariée, son nom de jeune fille ;
- les noms de son père et de sa mère ;
- le lieu et la date ou l'année de sa naissance ;
- sa nationalité ;
- son adresse actuelle ;

- le numéro, la date et le lieu de délivrance soit de la carte nationale d'identité, soit de l'acte de naissance ou du jugement supplétif d'acte de naissance du travailleur ;

- le numéro d'immatriculation, le nom et la raison sociale de l'employeur.

En cas de perte ou de détérioration du livret d'assurance, la Caisse délivre à l'intéressé, sur sa demande, un nouveau livret portant le même numéro d'immatriculation.

La reconstitution de carrière est portée sur le nouveau livret au vu des certificats et après vérification du compte individuel du travailleur tenu par la Caisse.

Si le livret d'assurance est totalement rempli, la Caisse délivre à l'assuré, sur sa demande, un livret complémentaire d'assurance.

CHAPITRE 2 : IMMATRICULATION DES EMPLOYEURS

ARTICLE 5 : Dans les huit jours suivant la date, soit de l'ouverture ou de l'acquisition de l'entreprise, soit du premier embauchage d'un ou plusieurs travailleurs, l'employeur est tenu d'adresser à la Caisse une demande d'immatriculation.

Si une même entreprise comporte plusieurs établissements ayant chacun une comptabilité distincte, l'employeur établit une demande d'immatriculation séparée pour chacun des établissements.

La Caisse peut immatriculer d'office l'employeur qui n'a pas procédé à sa demande d'immatriculation, alors qu'il est constant qu'il emploie de la main d'œuvre salariée, sans préjudice des pénalités et majorations prévues aux articles 35 et 36 du code de la sécurité sociale. L'employeur peut contester cette immatriculation dans les conditions prévues par les articles 124, alinéa 1 et 125 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 6 : La demande d'immatriculation est faite sur un imprimé délivré par la Caisse sur simple demande de l'employeur.

La demande d'immatriculation pour les employeurs autres que les gens de maison, doit comporter les renseignements suivants

- les nom et prénoms de l'employeur, du responsable ou du représentant légal ;

- la dénomination ou la raison sociale de l'entreprise ou de l'établissement ;

- l'adresse complète de l'entreprise ou de l'établissement comportant, s'il y a lieu, le numéro de la boîte postale ;

- la nature de l'activité exercée ;

- la date à partir de laquelle du personnel a été employé et l'effectif de ce personnel à la date de la déclaration ;

- s'il s'agit d'une reprise d'entreprise, le nom du prédécesseur et la date de la reprise ;

- le numéro d'inscription au registre du commerce s'il y a lieu.

La demande d'immatriculation pour les employeurs de gens de maison doit mentionner les renseignements suivants :

- les noms et prénoms de l'employeur ;

- l'adresse de l'employeur comportant éventuellement le numéro de la boîte postale ;

- la date d'engagement du personnel salarié et le montant mensuel des salaires.

ARTICLE 7 : Dans les huit jours suivant la réception de la demande d'immatriculation, la Caisse notifie à l'employeur le numéro d'immatriculation qui lui a été attribué et qui devra figurer sur toute correspondance ou tout document adressé à la Caisse.

CHAPITRE 3 : CAS PARTICULIERS

ARTICLE 8 : Les stagiaires, les apprentis même non rémunérés, les élèves des écoles professionnelles ou artisanales doivent figurer sur la déclaration trimestrielle de salaires et de cotisations pour le seul risque professionnel, sous réserve des dispositions de l'alinéa 2 de l'article 9 ci-après. La cotisation réclamée à l'employeur est égale au taux de cotisation de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles appliqué à la moitié du salaire minimum interprofessionnel garanti le plus élevé ou à défaut, du plancher de salaires soumis à cotisations.

ARTICLE 9 : Les stagiaires ont la faculté de s'assurer volontairement au régime des pensions pendant la période de stage et peuvent exercer ce droit rétroactivement pendant un délai de cinq ans à compter de la fin dudit stage.

Les apprentis titulaires d'un contrat d'apprentissage sont affiliés au régime des pensions. En cas d'allocation inférieure au salaire minimum interprofessionnel garanti ou à défaut, du plancher de salaires soumis à cotisations, les cotisations sont néanmoins assises sur le salaire minimum interprofessionnel garanti le plus élevé ou à défaut, du plancher de salaires soumis à cotisations. Il leur est délivré un livret d'assurance.

ARTICLE 10 : Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe en tant que de besoin la liste des écoles professionnelles ou artisanales visées à l'article 8 ci-dessus.

ARTICLE 11 : Les travailleurs temporaires ou occasionnels non encore immatriculés à la Caisse reçoivent de leur employeur le livret d'assurance délivré par la Caisse.

Sont considérés comme travailleurs temporaires ou occasionnels, d'une part, les travailleurs qui accomplissent au moins une journée complète de travail rémunéré au service d'un employeur ou qui sont occupés à mi-temps pendant au moins six jours consécutifs et d'autre part, les travailleurs du spectacle.

Ils doivent figurer sur la déclaration trimestrielle de salaires et de cotisations. Toutefois, un acte présidentiel pris sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale pourra remplacer la déclaration et le versement des cotisations par l'apposition de timbres délivrés par la Caisse sur un livret de travailleur temporaire établi par la Caisse ou par la remise de vignettes, ou par tout autre moyen, dans les conditions fixées par ledit arrêté.

CHAPITRE 4 : ASSURANCE VOLONTAIRE

ARTICLE 12 : Toute personne qui, ayant été affilié au régime de sécurité sociale pendant au moins six mois consécutifs, cesse de remplir les conditions d'assujettissement, à la faculté de demeurer volontairement affilié au régime d'assurance vieillesse et invalidité et au régime d'assurance maladie.

La demande d'affiliation à l'assurance volontaire est adressée à la Caisse conformément au modèle établi par cet organisme. La demande n'est recevable que si elle est formulée dans le délai de six mois qui suit la date à laquelle l'affiliation obligatoire a pris fin.

Le requérant doit en particulier faire connaître la ou les branches pour lesquelles il désire s'assurer, la rémunération annuelle devant servir de base au calcul des cotisations et à celui des prestations. Cette rémunération ne peut être inférieure au salaire minimum interprofessionnel garanti le plus élevé ou à défaut, au plancher de salaires soumis à cotisations.

ARTICLE 13 : Après examen de la situation du requérant, la Caisse notifie à celui-ci sa décision ainsi que le montant de la cotisation trimestrielle qui sera due à partir du premier jour du trimestre civil qui suit le dépôt de la demande.

La Caisse peut refuser le bénéfice de l'assurance volontaire à la personne dont elle juge les ressources insuffisantes ou aléatoires. En cas de refus, le requérant peut introduire un recours suivant la procédure de recours gracieux en vigueur.

Les droits et obligations de l'assuré volontaire prennent effet au lendemain de la date de cessation d'activité.

L'assuré volontaire conserve le numéro d'immatriculation qui lui a été attribué lors de son immatriculation en qualité de travailleur.

ARTICLE 14 : Les cotisations de l'assurance volontaire sont entièrement à la charge de l'assuré.

Elles sont acquittées trimestriellement à terme échu.

Lorsque les cotisations n'ont pas été versées dans un délai de trente jours après leur échéance, l'intéressé est invité par la Caisse, par lettre recommandée avec demande d'avis des réception, à régulariser sa situation dans un délai de quinze jours à compter de la réception de cet avertissement. A l'expiration de ce délai, l'intéressé est radié de l'assurance volontaire. Les cotisations déjà versées restent acquises à la Caisse.

Le paiement des cotisations est interrompu de droit le premier jour du mois civil qui suit celui au cours duquel se situe l'entrée en jouissance de la pension de vieillesse ou d'invalidité. Lorsque la pension d'invalidité est suspendue pour inobservation des formalités prescrites, l'exonération est maintenue.

ARTICLE 15 : Le règlement des cotisations donne lieu à l'envoi ou à la remise par la Caisse d'une quittance valant attestation de paiement pour l'ouverture des droits à prestations.

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES

TITRE 2 : ORGANISATION FINANCIERE

ARTICLE 16 : Les opérations financières et comptables de la Caisse sont effectuées par le directeur général et l'agent comptable sous le contrôle du conseil d'administration.

ARTICLE 17 : Les opérations de recette et de dépenses donnent lieu à l'établissement d'ordres de recettes et d'ordres de paiement individuels ou collectifs auxquels sont annexées les pièces justificatives.

ARTICLE 18 : Le directeur général de la Caisse est ordonnateur du budget général en recettes et en dépenses. Il constate et liquide les droits et charges de la Caisse.

Il a seul qualité pour procéder à l'émission des ordres de recette et des ordres de paiement.

Toutefois, il peut déléguer à titre permanent sa signature au directeur général adjoint ou à un ou plusieurs agents de la Caisse. Cette délégation doit indiquer pour chaque agent la nature des opérations qu'il peut effectuer et leur montant maximum.

En cas d'absence ou d'empêchement momentané du directeur général, le directeur général adjoint le supplée d'office dans ses fonctions pour le règlement des affaires courantes et urgentes. En cas d'absence ou d'empêchement momentané de ce dernier, le directeur général peut, avec l'accord du conseil d'administration, se faire suppléer dans ses fonctions par un agent de la Caisse spécialement désigné à cet effet, à l'exception de l'agent comptable et des agents sous les ordres de ce dernier.

ARTICLE 19 : Le directeur général et le directeur général adjoint ainsi que leurs conjoints ne peuvent assurer les fonctions d'agent comptable ou de délégués de l'agent comptable.

ARTICLE 20 : Le directeur général tient l'inventaire du matériel et du mobilier appartenant à la Caisse. Il est responsable de la conservation de ces biens.

La disparition, la destruction ou la mise au rebut d'un objet figurant à l'inventaire, sont constatées par un procès-verbal signé conjointement par le directeur général et l'agent comptable ou leurs représentants.

CHAPITRE 2 : LES RECETTES

ARTICLE 21 : Le directeur général liquide les créances de la Caisse. Il a seul qualité pour en certifier la réalité par la signature de l'ordre de recette.

Il veille à l'encaissement desdites créances par l'agent comptable.

A chaque ordre de recette sont jointes, s'il y a lieu, les pièces justificatives.

Les documents individuels ou collectifs obtenus par duplication ou reproduction ne constituent des ordres de recette que pour autant qu'ils sont revêtus de la signature du directeur général ou de son délégué.

Les ordres de recette font l'objet d'une numérotation annuelle en séries numériques continues. Ils sont conservés par l'agent comptable.

ARTICLE 22 : En ce qui concerne plus particulièrement les cotisations, le directeur général s'assure de leur assiette et en poursuit le recouvrement par tous les moyens de droit prévus par la législation.

Il tient un fichier alphabétique des employeurs immatriculés. Il invite chaque employeur immatriculé à verser les cotisations dans les conditions et délais fixés par la législation en vigueur.

Il suit la réponse de l'employeur sur une fiche établie pour chaque cotisant et comprenant les renseignements signalétiques. L'ensemble de ces fiches constitue le fichier signalétique des cotisants.

Il adresse, le cas échéant, les bulletins de majoration des cotisations pour retard dans le paiement.

Il adresse les mises en demeure, établit les relevés des sommes dues et entame les procédures à tiers détenteur, dans les conditions visées aux articles 42 à 48 du présent décret.

Il tient l'agent comptable informé de l'assiette des cotisations et du montant des versements à recevoir.

ARTICLE 23 : Les recettes techniques appartiennent à l'exercice au cours duquel elles ont été encaissées.

ARTICLE 24 : Le directeur général peut proposer au conseil d'administration l'admission en non-valeur des créances qui s'avèrent irrécouvrables.

L'admission en non-valeur ne peut être prononcée qu'après justification que tous les moyens opportuns ont été mis en oeuvre pour leur recouvrement et qu'ils se sont montrés inopérants.

L'admission en non-valeur dégage la responsabilité du directeur général, mais n'éteint pas la créance de la Caisse.

CHAPITRE 3 : LES DEPENSES

ARTICLE 25 : Le directeur général engage, dans la limite de ses pouvoirs propres et de la délégation qu'il a reçu du conseil d'administration, les dépenses de la Caisse. Il est seul chargé de la liquidation de toutes les dépenses.

Il doit notifier tout engagement de dépense à l'agent comptable.

Il ne peut engager les dépenses de fonctionnement que dans la limite des crédits inscrits au budget.

ARTICLE 26 : Dans les cas définis par le décret visé à l'article 50 ci-dessous, le directeur général peut, sous sa responsabilité personnelle, requérir par écrit qu'il soit passé outre à un refus de paiement opposé par l'agent comptable. Dans ce cas sa responsabilité pécuniaire peut être mise en cause dans les conditions fixées par ledit décret.

ARTICLE 27 : Les opérations en recettes et en dépenses de la Caisse font l'objet d'un budget annuel préparé par le directeur général et délibéré par le conseil d'administration dans la deuxième quinzaine d'octobre pour l'année à venir.

La contexture du budget et la nomenclature des produits et dépenses sont fixées par instructions du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre des Finances.

ARTICLE 28 : Les chapitres du budget correspondent aux comptes à deux chiffres du plan comptable dont ils représentent l'intitulé et la numérotation. Les articles correspondent aux comptes divisionnaires dont ils représentent également l'intitulé et la numérotation.

Seules les masses budgétaires des chapitres relatifs aux opérations administratives communes, à l'action sanitaire et sociale et aux immeubles et placements, sont impérativement limitatives. A l'intérieur d'un même chapitre, le directeur général peut, avec l'approbation du conseil d'administration ou de sa commission permanente, opérer des virements de crédits entre articles selon les besoins. Il informe l'agent comptable de ces virements au moyen de certificats de transferts de crédits.

ARTICLE 29 : A l'appui du budget, le directeur général établit des budgets prévisionnels par branche ainsi qu'un état des emplois qu'il estime nécessaire au bon fonctionnement de la Caisse.

Après son adoption par le conseil d'administration, le budget constitue pour l'exercice considéré et pour chaque catégorie d'emploi, une limite qui peut être dépassée.

ARTICLE 30 : Tout engagement de dépense concernant un chapitre ayant un caractère limitatif doit être constaté par un bon d'engagement signé par le directeur général ou son délégué et visé par l'agent comptable ou son délégué, indiquant l'objet et le montant de la dépense, la ou les personnes au bénéfice de qui elle est envisagée, ainsi que le montant des crédits disponibles.

En aucun cas le directeur général ne peut engager une dépense s'il n'existe pas de crédits suffisants après le transfert visé à l'article 28 le cas échéant, sauf en matière de traitements et salaires si l'insuffisance résulte d'une augmentation générale des salaires qui n'avait pu être prévue lors de l'établissement du budget.

ARTICLE 31 : Les bons d'engagement sont établis en quadruple exemplaire : deux sont remis au fournisseur ou prestataire de services qui en adresse un à la Caisse à l'appui de sa facture, un exemplaire est adressé à l'agent comptable, le dernier reste attaché à la souche ; ils sont numérotés.

Lorsque le règlement de la dépense sa fait par l'intermédiaire d'un compte de tiers, le bon d'engagement est joint à la pièce d'opérations diverses qui constate l'imputation au compte de charges.

ARTICLE 32 : Le directeur général étant chargé de l'exécution du budget à seul qualité pour déterminer l'imputation des dépenses. En cas de désaccord, l'agent comptable lui signale par écrit son interprétation. S'il accepte cette dernière, le directeur général procède au redressement de l'erreur au moyen d'un certificat de réimputation. Dans le cas contraire, l'imputation qu'il a indiquée est maintenue jusqu'à la vérification des comptes opérés en fin d'exercice par la commission de contrôle qui statue après avoir entendu les explications des deux parties.

ARTICLE 33 : Lorsqu'au premier jour d'un exercice, un budget n'est pas en état d'être exécuté, seules les dépenses courantes strictement nécessaires au fonctionnement de la Caisse peuvent être engagées dans la limite d'un douzième des crédits de l'exercice précédent pour chaque mois de retard. Cette disposition n'est pas applicable aux investissements.

ARTICLE 34 : Lorsque dans un chapitre qui présente un caractère limitatif, les crédits du budget primitif risquent de s'avérer insuffisants pour assurer le fonctionnement normal de la Caisse, il appartient au directeur général de proposer au conseil d'administration l'adoption d'un budget complémentaire alimenté en premier lieu par la redistribution des crédits qui peuvent s'avérer excédentaires dans certains chapitres du budget.

Lorsque, au cours d'un exercice, les crédits d'investissement n'ont pu être utilisés en totalité dans les délais prévus, une provision pour crédits non utilisés peut être constituée à cet effet pour achever les travaux au cours de l'exercice qui suit.

CHAPITRE 4 : PAIEMENT DES COTISATIONS

SECTION 1 : DETERMINATION ET DECLARATION DES COTISATIONS DURS

ARTICLE 35 : Les cotisations sont dues pour chaque mois au cours duquel se situe une période de services effectifs, une période de congés rémunérés ou toute autre période assimilée pendant laquelle l'employeur est tenu au paiement de tout ou partie de la rémunération.

ARTICLE 36 : Par rémunération on entend le montant total représentatif de l'ensemble des avantages consentis au travailleur en contrepartie de son travail.

Ce montant comprend notamment le salaire ou gain ou traitement, les commissions, gratifications, les indemnités, primes et avantages suivants :

- indemnités de fonction, de risque et de logement ;
- primes de technicité, d'ancienneté, d'assiduité, de rendement et de panier ;
- primes ou gratifications exceptionnelles de fin d'année ;
- pourboires fixes ;
- majorations pour heures supplémentaires ;
- sur salaire ;
- participation aux bénéfices ;
- contrevaieur des avantages en nature dans les conditions et limites réglementaires ;
- indemnités compensatrices de congés payés et de préavis en cas de rupture de contrat de travail ;
- sommes versées pendant la période précédant et suivant l'accouchement ;
- sommes versées par l'employeur en application du code du travail en cas de suspension du contrat de travail.

Ne sont pas considérées comme éléments de rémunération :

- les indemnités d'expatriation payées à l'étranger ;
- les indemnités journalières versées au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles ;
- les indemnités de maternité avancées par l'employeur subrogé et remboursables par la Caisse.
- les allocations ou indemnités familiales éventuellement versées ;
- les indemnités de déplacement et de frais de voyage ;
- les primes de salis sure et de travaux insalubres ;

- les remboursements de soins de santé ;
 - les indemnités de licenciement allouées en sus de l'indemnité de préavis ;
 - d'une manière générale, toutes indemnités ayant un caractère de remboursement de frais.
- Pour le calcul des cotisations, les éléments de rémunération versés occasionnellement à des intervalles irréguliers ou à des intervalles différents de la périodicité des paies sont, sans qu'il soit tenu compte de la période de travail à laquelle ils se rapportent, ajoutés à la paie s'ils sont versés en même temps que celle-ci et, lorsqu'ils sont versés dans l'intervalle de deux paies, ajoutés à la suivante.
- ARTICLE 37 : Tous les employeurs du secteur public ou privé sont tenus d'adresser à la Caisse dans les vingt premiers jours de chaque trimestre civil une déclaration trimestrielle nominative des salaires versés indiquant :
- les nom et prénoms de l'employeur, la raison sociale de l'entreprise ;
 - l'établissement pour lequel le document est établi ;
 - le numéro d'affiliation qui lui a été attribué par la Caisse ;
 - la période trimestrielle à laquelle le document se rapporte ;
 - les noms et prénoms des travailleurs occupés dans l'entreprise ou l'établissement ;
 - le numéro d'immatriculation à la sécurité sociale de chaque travailleur ;
 - le montant des rémunérations plafonnées payées à chaque travailleur qui sont prises en considération pour le calcul des cotisations et lorsque ces rémunérations dépassent le plafond, les rémunérations totales payées à chaque travailleur ;
 - les dates d'embauchage ou de débouchage ayant eu lieu au cours du trimestre.
 - la durée du travail effectué pour chaque mois du trimestre, exprimée en jours ou éventuellement en heures pour chaque travailleur ;

- le montant de la cotisation totale due pour le trimestre considéré, arrondi au franc supérieur ainsi que le total des rémunérations ayant servi de base au calcul des cotisations ;

- le montant des cotisations déjà versées au titre des premier et deuxième mois du trimestre pour les employeurs occupant plus de 20 salariés et le montant de la cotisation trimestrielle restant due ;

- la date et le mode de paiement des cotisations dues ainsi que le cas échéant le numéro du chèque ou du virement ;

- le nombre des salariés dans l'entreprise au dernier jour du trimestre précédent, et le nombre de salariés dans l'entreprise au dernier jour du trimestre considéré ;

- le lieu et la date de l'établissement de la déclaration ;

- le cachet et la signature de l'employeur ou du responsable ;

La déclaration datée et signée doit être établie pour chaque trimestre civil au cours duquel le personnel a été employé.

Si aucun travailleur n'a été employé au cours du trimestre considéré, l'employeur est tenu d'adresser à la Caisse une déclaration faisant état de cette situation.

Lorsque les moyens informatiques de la Caisse le permettent, la Caisse adressera à chaque employeur au plus tard le dernier jour du trimestre concerné, un relevé nominatif trimestriel établi par ses soins et comportant la liste des travailleurs ayant exercé une activité pour le compte de cet employeur au cours du trimestre, avec l'indication de leur numéro d'immatriculation. L'employeur retranche de cette liste les noms des travailleurs ayant quitté leur service au cours de ce trimestre et indique, en regard, dans les colonnes prévues à cet effet soit la date du licenciement, soit cette de l'engagement.

Le défaut de production aux échéances prescrites de la déclaration trimestrielle visée à l'alinéa 1 du présent article donne lieu à l'application d'une pénalité de 1.000 francs par salarié ou assimilé figurant sur la dernière déclaration parvenue à la Caisse, sans que le total des pénalités puisse excéder 100.000 francs par période de référence.

Lorsque l'employeur n'a jamais produit de déclaration, la pénalité de 1.000 francs est encourue pour chaque salarié ou assimilé dont le contrôle a révélé l'emploi dans l'entreprise, sans que le total des pénalités puisse excéder 100.000 francs par période de référence.

Une pénalité de 1.000 francs est également applicable pour chaque inexactitude frauduleuse quant au montant des rémunérations et gains déclarés ou chaque omission de salaire constatée sur la déclaration produite par l'employeur.

ARTICLE 38 : Les employeurs d'au moins 20 salariés du secteur public ou privé sont tenus en outre d'adresser à la Caisse dans les vingt premiers jours du mois suivant le mois considéré, en même temps que le règlement mensuel de leurs cotisations afférentes au premier ou au deuxième mois de chaque trimestre civil, une déclaration faisant ressortir le montant global des salaires versés.

Cette déclaration mensuelle indique les renseignements suivants :

- Les nom et prénoms de l'employeur et la raison sociale de l'entreprise ;
- Le siège de l'établissement pour lequel la déclaration est établie ;

- Le numéro d'affiliation de l'employeur à la Caisse ;
- L'année et le mois auxquels le document se rapporte ;
- Le montant global des rémunérations versées au cours du mois considéré et le montant total des rémunérations plafonnées soumises à cotisations ;

- Le nombre de travailleurs concernés ;

- Le montant total de la cotisation due arrondi à la dizaine de francs supérieure ;

- La date et le mode de paiement de la cotisation, ainsi que, le cas échéant le numéro du chèque ou du paiement ;

- Le cachet et la signature de l'employeur ou du responsable.

ARTICLE 39 : Les compléments et régularisations afférents à des périodes antérieures et de nature à entraîner l'augmentation, la réduction ou la suppression des cotisations dues à la Caisse, font l'objet de déclarations complémentaires établies dans les conditions prévues à l'article 37 du présent décret.

Il doit être établi une déclaration par trimestre pour lequel une régularisation s'avère nécessaire.

Les exemplaires de la déclaration complémentaire datée et signée, sont adressés par la voie la plus rapide à la Caisse.

SECTION 2 : VERSEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 40 : Les cotisations doivent être versées à la Caisse, par l'employeur :

- dans les vingt premiers jours du mois qui suit le trimestre civil auquel elles se rapportent, si l'employeur occupe moins de vingt salariés ;

- dans les vingt premiers jours du mois civil qui suit celui auquel elles se rapportent, si l'employeur occupe au moins 20 salariés, pour les cotisations du mois civil précédent.

Lorsque le paiement est fait par voie de virement bancaire ou postal, l'employeur adresse à la Caisse copie de l'ordre de virement à l'appui de sa déclaration de salaires.

Les versements relatifs aux compléments et régularisations visés à l'article 30 ci-dessus doivent être adressés à la Caisse dans les quinze jours qui suivent l'établissement des déclarations correspondantes et selon les modalités prévues à l'alinéa 2 du présent article.

ARTICLE 41 : L'employeur qui ne respecte pas les délais prévus aux alinéas 1 et 3 de l'article 40 ci-dessus, est passible de la majoration de 5 pour 100 des cotisations dues par mois de retard, prévue aux alinéas 3 et 4 de l'article 35 du code de la sécurité sociale. Cette majoration commence à courir à compter du 21ème jour du mois civil suivant celui au titre duquel les cotisations sont dues.

SECTION 3 : RECOUVREMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 42 : La mise ne demeure prévue à l'article 39 du code de la sécurité sociale doit mentionner :

- les noms et prénoms de l'employeur délaissant, la détermination et la raison sociale de l'entreprise ;

- le numéro d'affiliation de l'employeur à la Caisse ;

- la période à laquelle se rapporte la mise ne demeure ;

- le montant des cotisations dues pour chacun des trimestres compris dans la période faisant l'objet de la mise ne demeure ;

- le montant des majorations de retard dans le versement des cotisations et des pénalités dues pour production tardive des déclarations trimestrielles des salaires versés, correspondant à chaque trimestre et arrêté à la date d'établissement de la mise en demeure ;

- le délai de quinze jours imparti pour le paiement des sommes dues ;

- les procédures qui peuvent être utilisées à l'encontre du débiteur et les voies de recours dont celui-ci dispose.

La mise en demeure peut être adressée à l'employeur dont les cotisations ont été fixées d'office et forfaitairement en application des dispositions de l'alinéa 2 de l'article 37 du code de la sécurité sociale.

La mise en demeure ne peut concerner que les cotisations majorations de retard dans les cinq années précédant son envoi.

ARTICLE 43 : L'employeur qui conteste le bien-fondé de la dette peut saisir de sa réclamation, dans le délai d'un mois qui suit la réception de la mise en demeure, la commission de recours gracieux.

Le recours de l'employeur introduit dans le délai ci-dessus a pour effet d'interrompre les poursuites jusqu'à ce que la commission de recours gracieux ait statué sur ledit recours.

Les demandes de remise des majorations et pénalités présentées à la commission de recours gracieux n'interrompent pas la procédure de recouvrement en ce qui concerne les cotisations.

La décision motivée de la commission de recours gracieux est signifiée à l'employeur dans les deux mois qui suivent le dépôt de sa réclamation. Si aucune décision n'a été portée à la connaissance de l'employeur dans les délais ci-dessus, il peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir dans les conditions fixées à l'alinéa 5 du présent article.

Le requérant dispose d'un délai de deux mois à compter de la notification de la décision de recours gracieux, et si cette décision n'a pas eu lieu, à compter de la date de rejet implicite de la demande, pour se pourvoir devant le tribunal du travail compétent.

ARTICLE 44 : Si la mise en demeure visée à l'article 42 du présent décret reste sans effet, le directeur général de la Caisse peut établir une contrainte sous forme d'un relèvement des sommes dues qui est certifié et rendu exécutoire dans un délai de cinq jours par le président du tribunal du travail.

Le relèvement des sommes dues, établi et rendu exécutoire dans les conditions définies à l'alinéa précédent, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

ARTICLE 45 : Le relèvement des sommes dues établi par le directeur général de la Caisse doit mentionner :

- le nom ou la raison sociale de l'employeur et son numéro d'affiliation à la Caisse ;

- la référence de la ou des mises en demeure qui ont précédé l'établissement du relèvement des sommes dues ;

- le total des cotisations arriérées et des majorations et pénalités de retard arrêtees à la date de la ou des mises en demeure, déduction faite des acomptes éventuellement versés depuis leur envoi, sous réserve que ceux-ci aient pu être comptabilisés au jour de l'établissement du relèvement des sommes dues ;

- les voies de recours dont dispose le débiteur.

Le montant porté sur le relèvement des sommes dues ne doit en aucun cas être supérieur à celui ou ceux qui figurent sur la mise en demeure.

Un seul relèvement des sommes dues peut englober des créances portant sur différentes périodes ayant donné lieu à l'envoi de mises en demeure successives.

ARTICLE 46 : Le relèvement des sommes dues qui vaut titre exécutoire est signifié par acte d'huissier ou par les agents de la Caisse assermentés à cet effet sur requête du tribunal.

Cette signification peut être faite à partir de l'expiration du délai suivant la mise en demeure.

Les frais de signification du relèvement des sommes dues, ainsi que ceux de tous les actes de procédure nécessaires à son exécution sont à la charge du débiteur, sauf dans le cas où l'opposition formée par ce dernier aurait été jugée valable.

ARTICLE 47 : L'exécution du relèvement des sommes dues peut être interrompue par ordonnance du président du tribunal du travail sur opposition motivée, formée par le débiteur dans les quinze jours à compter de la signification du relèvement.

La demande de remise de majorations de retard n'interrompt pas l'exécution du relèvement en ce qui concerne les cotisations. La décision du président du tribunal du travail statuant sur l'opposition, est exécutoire nonobstant appel.

ARTICLE 48 : Outre la procédure par contrainte décrite aux articles 44 à 47 ci-dessus, le directeur général peut utiliser la procédure de l'avis à tiers détenteur.

A cet effet le directeur général de la Caisse adresse, à l'expiration du délai de quinze jours imparti par la mise en demeure visée à l'article 42 ci-dessus, une demande d'avis à tiers détenteur accompagnée d'un relèvement des sommes dues, au président du tribunal du travail, en vue d'obtenir en référé une ordonnance autorisant le blocage des comptes bancaires de l'employeur défaillant.

Dans un délai de cinq jours à compter de la réception de la demande d'avis à tiers détenteur, le président du tribunal du travail délivre une ordonnance autorisant à la diligence du directeur général de la Caisse, le blocage de tous les comptes bancaires ou postaux de l'employeur défaillant pour une période ne pouvant dépasser trois mois.

La main-léevée doit être immédiatement prononcée par le président du tribunal du travail des la production par l'employeur d'une des justifications visées à l'alinéa précédent.

CHAPITRE 5 : RÔLE DE L'AGENT COMPTABLE

ARTICLE 49 : L'agent comptable est le chef des services financiers et comptables. Il exerce ses attributions sous l'autorité administrative du directeur général.

Il est chargé, sous sa responsabilité propre, du recouvrement et de l'encaissement des recettes et des cotisations et du paiement des mandats émis par le directeur général.

Détenteur de la caisse et du portefeuille, il a seul qualité pour opérer tout manquement de fonds et de valeurs et il est responsable de leur conservation. Toutefois, les chèques qu'il tire doivent également porter la signature du directeur général.

Il prend en charge les titres de perception qui lui sont remis par le directeur général. Lorsqu'il estime que des poursuites sont nécessaires, il doit en référer au directeur général.

L'agent comptable tient sa comptabilité à la disposition du directeur général et lui fournit sur demande tout renseignement dont ce dernier peut avoir besoin.

ARTICLE 50 : Les attributions de l'agent comptable, l'étendue de sa responsabilité pécuniaire et personnelle, ses relations avec le directeur général dans l'exercice de ses fonctions sont déterminées par décret sur propositions du ministre chargé de la sécurité sociale, en application des dispositions de l'article 23, alinéa 4 du code de la sécurité sociale.

TITRE 3 : PENSIONS DE VIEILLESSE D'INVALIDITE ET DE SURVIVANTS

CHAPITRE 1 : DEMANDES DE PENSION

SECTION 1 : FORMALITES A ACCOMPLIR - CAS GENERAL

ARTICLE 51 : En ce qui concerne l'âge de l'intéressé pour apprécier ses droits au regard d'une demande de pension, l'assuré qui ne connaît que son année de naissance est présumé né le 30 juin de ladite année.

Les demandes de prestations de la branche des pensions sont établies sur des imprimés délivrés par la Caisse.

ARTICLE 52 : Les demandes de prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants ainsi que les pièces annexes sont déposées à la Caisse ou lui sont adressées sous pli recommandé avec demande d'avis de réception et datées immédiatement des réception par cet organisme.

ARTICLE 53 : La demande de pension ou d'allocation de vieillesse peut être introduite dans les trois mois qui précèdent la date à laquelle prendront fin des services du travailleur.

Dans ce cas la date prévue de cessation de l'activité devra être expressément mentionnée par le demandeur et confirmée par l'employeur.

La pension de survivant n'est pas due lorsque le décès de l'assuré est la conséquence d'un crime ou d'un délit commis par le bénéficiaire.

En cas de présentation de pièces d'état-civil officielles non concordantes sur la date de naissance, seul le document d'état-civil le plus ancien fait foi, sauf rectification de l'état-civil par voie de justice.

ARTICLE 54 : Lors de l'introduction d'une demande de pension de vieillesse ou d'invalidité, le demandeur doit déclarer :

- son numéro d'immatriculation à la Caisse ;
- ses nom et prénom et , pour les femmes mariées, le nom de jeune fille ;
- les noms de son père et de sa mère ;
- le lieu et la date ou l'année de sa naissance ;
- sa nationalité ;

- l'adresse à laquelle il résidera lors de la première échéance de la pension ;
- les nom et prénoms, la date de naissance et la date de mariage de son ou ses conjoints ;

- les indications relatives aux enfants à charge ;
- la date à laquelle il a cessé ou prévoit de cesser d'exercer son activité salariée ;

- les périodes assimilées à des périodes d'assurance en application de l'article 66 ci-dessous.

Le demandeur doit joindre à sa demande :

- son livret d'assurance et, en cas d'impossibilité, en indiquer le motif ;
- l'attestation par son employeur de la date de cessation de son activité salariée ;

- éventuellement, en application de l'article 49 alinéa 5 du code de la sécurité sociale, l'attestation du licenciement pour motif économique visée par l'inspecteur du travail du ressort avec l'indication des périodes pour lesquelles l'employeur aura acquitté les parts employeur et travailleur de cotisations.

ARTICLE 55 : Lorsqu'il s'agit d'une demande de pension d'invalidité, le demandeur déclare, en outre, si l'incapacité est ou non consécutive à un accident pour lequel la responsabilité d'un tiers est engagée, et, dans l'affirmative, l'identité de ce tiers.

La pension d'invalidité n'est pas due lorsque l'invalidité est la conséquence d'un crime ou d'un délit commis par le bénéficiaire ou résulte d'une faute intentionnelle de celui-ci.

ARTICLE 56 : La demande de pension d'invalidité doit être accompagnée d'un rapport médical établi sous pli confidentiel par le médecin traitant sur un imprimé délivré par la Caisse.

Outre les renseignements demandés à l'article 54, alinéas 1 à 5, et à l'article 55, le rapport médical doit indiquer :

- si le demandeur subit, par suite de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle, une diminution permanente ou présumée permanente de ses facultés physiques et mentales le rendant incapable de gagner plus du tiers de la rémunération qu'un travailleur ayant la même formation peut se procurer par son travail ;

- si l'incapacité est due à une maladie ou si elle résulte d'un accident, en précisant s'il s'agit ou non d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ;

- qu'à la connaissance du médecin l'invalidité n'est pas la conséquence d'un crime ou d'un délit commis par le demandeur ou d'une faute intentionnelle de sa part ;

- les examens auxquels le médecin a procédé ou a fait procéder ; en ce cas, le médecin joint au certificat les résultats des analyses ou des examens des spécialistes consultés ;

- la description des affections ou lésions, séquelles ou infirmité dont le demandeur est atteint ;

- la date à laquelle le demandeur devra subir un examen de révision, si le médecin n'est pas assuré de la permanence de l'invalidité.

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

ARTICLE 57 : Lors de l'introduction d'une demande de pension ou d'allocation de survivant, le demandeur déclare :

- en ce qui concerne l'assuré décédé :
 - son numéro d'immatriculation à la Caisse ;
 - ses nom et prénoms ;
 - les noms de son père et de sa mère ;
 - le lieu et la date ou l'année de sa naissance ;
 - sa nationalité ;
 - la date et le lieu de son décès ;
 - si le décès est consécutif à un accident pour lequel la responsabilité d'un tiers est engagée et, dans l'affirmative, l'identité de ce tiers.
- si la demande est introduite par la veuve ou le veuf :
 - ses nom et prénoms ;
 - sa date ou année de naissance ;
 - ses lieu et date de mariage ;
 - dans le cas où la condition d'invalidité est requise, le certificat d'invalidité établi par le médecin traitant.
- si la demande est introduite au nom des orphelins :
 - les nom, prénoms et date de naissance de chacun des orphelins,
 - les nom et prénoms des personnes ou organismes qui en ont la charge.
- à l'appui de la déclaration doivent être jointes les pièces justificatives, notamment pour le ou les conjoints survivants l'acte de mariage ou un extrait certifié conforme.

ARTICLE 58 : Si le montant total des pensions de survivants calculé en application des dispositions de l'alinéa 1 de l'article 47 du code de la sécurité sociale est supérieur au montant de la pension à laquelle l'intéressé aurait eu droit, les pensions de survivants sont réduites proportionnellement.

A cet effet, il est effectué le total des pourcentages de pension dus à chacun des survivants. La part de chacun est égale au pourcentage auquel il peut prétendre, divisé par le total des pourcentages calculé comme ci-dessus et multiplié par le montant de la pension auquel l'intéressé aurait eu droit.

ARTICLE 59 : Lorsqu'aucune demande n'a été introduite par l'assuré qui, au moment de son décès, aurait eu droit à une pension de vieillesse ou à une pension périodes salariées accomplies par l'assuré.

ARTICLE 60 : La Caisse peut réclamer à tout demandeur de pension ou allocation les justifications nécessaires à la détermination des droits et notamment à l'appréciation des périodes d'assurance ou assimilées et celles relatives à l'âge et à la situation matrimoniale.

Au cas où les intéressés ne pourraient fournir les justifications nécessaires, le dossier sera soumis ou au Bureau ou au Conseil d'Administration de la Caisse qui statueront en fonction des éléments en leur possession.

ARTICLE 61 : La Caisse soumet à son médecin-conseil les demandes de pension d'invalidité.

Si le médecin-conseil donne un avis favorable à la demande qui lui est soumise en application de l'alinéa précédent, la Caisse notifie au demandeur le bénéfice de la pension d'invalidité qui prend effet soit à compter de l'arrêt de travail qui précède la constatation de l'invalidité, soit à compter de la date de constatation de l'invalidité par le médecin traitant.

ARTICLE 62 : La Caisse doit tenir un registre sur lequel doivent être enregistrées les demandes de pension et mentionnées notamment :

- le numéro d'enregistrement ;

- le numéro d'immatriculation de l'assuré ;

- le nom du requérant ;
- la nature de la prestation demandée ;
- la décision prise par la Caisse ;
- en cas de rejet, les recours éventuels intentés par le requérant et les suites qui leur ont été données.

SECTION 2 : FORMALITES PARTICULIERES POUR UNE DEMANDE DE RETRAITE ANTICIPEE

ARTICLE 63 : Tout salarié de cinquante ans accomplis qui s'estime atteint d'une usure prématurée de ses facultés physiques et mentales le rendant inapte à exercer une activité salariée peut demander une retraite anticipée, sur l'imprimé de demande de pension délivré par la Caisse.

A l'appui de sa demande, l'assuré doit joindre :

- un rapport médical établi sous pli confidentiel par le médecin de l'entreprise ou, à défaut son médecin traitant, sur un imprimé délivré par la Caisse et transmis par le service des pensions de la Caisse au médecin-conseil.

- une attestation de l'employeur indiquant l'inaptitude de l'intéressé à son travail et la date de cessation de son activité.

Le rapport médical doit mentionner, outre les renseignements relatifs à l'identité du travailleur :

- que l'usure prématurée des facultés physiques et mentales de l'assuré le rend inapte à exercer une activité salariée conforme à ses aptitudes ;

- que cette usure n'est pas due à une maladie ou à un accident ayant une origine professionnelle.

- les examens médicaux auxquels il a été procédé.

ARTICLE 64 : A la réception de la demande, la Caisse fait effectuer dans un délai de quinze jours une enquête auprès de l'employeur pour établir le bien-fondé de la demande. Elle transmet ce dossier au médecin-conseil de la Caisse qui convoque l'intéressé dans les 8 jours et donne son avis, ou, si l'intéressé ne réside pas à Conakry, peut transmettre le dossier à un médecin agréé pour avis.

En cas d'avis favorable, la Caisse notifie à l'intéressé qu'il est admis au bénéfice de la retraite anticipée pour compter de la date de cessation de son activité.

En cas d'avis défavorable du médecin-conseil de la Caisse, les procédures de recours gracieux et de recours contentieux prévues par le code de la sécurité sociale sont applicables.

CHAPITRE 2 : LIQUIDATION DES PENSIONS ET ALLOCATIONS

SECTION 1 : CALCUL DES PENSIONS ET ALLOCATIONS

ARTICLE 65 : Par mois d'assurance, il faut entendre tout mois civil au cours duquel l'assuré a travaillé pendant au moins 18 jours de travail ou 120 heures.

Dans le cas où la rémunération des services est calculée à la pièce ou à la tâche, est considéré comme mois d'assurance, tout mois civil au cours duquel la rémunération servie est au moins égale à la moitié du salaire mensuel minimum interprofessionnel garanti du lieu d'emploi ou à défaut, du plancher de salaires soumis à cotisations.

Lorsqu'il ne peut être déterminé à quel mois se rapportent les rémunérations des travaux à la pièce ou à la tâche, le nombre de mois d'assurance pourra être fixé en divisant le total des rémunérations servies pour un trimestre, un semestre ou une année, par un montant égal à la moitié de la rémunération minimum interprofessionnelle garantie du lieu d'emploi ou à défaut, au plancher de salaires soumis à cotisations, sans que le quotient ainsi obtenu puisse être supérieur au nombre de mois civils compris dans la période prise en considération.

Le versement trimestriel de la cotisation de l'assuré volontaire est compté pour trois mois d'assurance.

ARTICLE 66 : Sont prises en considération, les périodes d'assurance ou assimilées énumérées ci-dessous :

- les périodes d'assurance figurant sur les comptes individuels des assurés tenus par la Caisse ou telles qu'elles ressortent du livret d'assurance remis par l'intéressé ;

- les périodes d'assurance justifiées ou validées dans les conditions prévues à l'article 67 ci-après ;

- toute période pendant laquelle l'assuré a perçu des indemnités journalières au titre des accidents du travail ou de la maternité ou a été indemnisé soit dans les conditions prévues au code du travail, soit pendant la durée des congés payés, y compris les délais de route dans les limites fixées par le code du travail. Les périodes indemnisées au titre du code du travail doivent avoir donné lieu à cotisations assises sur les indemnités perçues ;

- le temps passé sous les drapeaux au titre du service militaire légal ;

- les périodes précédant la date d'admissibilité à pension, pour lesquelles, en application de l'article 49 alinéa 5 du code de la sécurité sociale, l'employeur aura versé la totalité des cotisations employeur et travailleur à concurrence du nombre de mois d'assurance nécessaires, dans la limite de soixante mois, pour porter à 180 mois le périodes d'assurance du travailleur licencié.

ARTICLE 67 : Si les mentions portées aux fichiers de la Caisse ne permettent pas de vérifier les dires de l'assuré, le demandeur peut établir la preuve des services qu'il déclare avoir accomplis et des rémunérations dont il déclare avoir bénéficié.

En produisant :

. les documents qui lui ont été délivrés lors de chaque paie par les employeurs successifs ;

. les attestations délivrées par les employeurs à l'expiration des périodes de service ;

En demandant :

. à défaut des documents ci-dessus, l'examen par un agent assermenté de la Caisse des registres et documents comptables de l'employeur, s'ils existent, permettant de vérifier ses déclarations.

ARTICLE 68 : En cas de discordance entre les documents produits par le demandeur et les renseignements dont la Caisse dispose, ces derniers renseignements sont admis à titre provisoire pour le calcul des prestations. La Caisse invite dans ce cas le demandeur à fournir les justificatifs nécessaires.

ARTICLE 69 : La majoration visée à l'article 57 alinéa 5 du code de la sécurité sociale est maintenue à l'invalidité dont la pension d'invalidité est remplacée par une pension de vieillesse lorsqu'il atteint l'âge de 50 ans.

SECTION 2 : NOTIFICATION DES DECISIONS

ARTICLE 70 : Les décisions accordant ou refusant les prestations sont notifiées au demandeur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

ARTICLE 71 : Les décisions accordant une pension ou une allocation doivent obligatoirement comporter les renseignements suivants :

- le numéro d'immatriculation, le nom et le prénom de l'intéressé ;

- le nom et le prénom du bénéficiaire des prestations ;

- la nature de la prestation ;

- le montant mensuel de la pension ou le montant de l'allocation unique ;

- la date de prise d'effet de la pension ;

- éventuellement la date de révision ;

- les dates des échéances trimestrielles de paiement.

Le bénéficiaire peut contester le montant de la pension qui lui est allouée, dans les mois de la notification de la décision de pension suivant la procédure prévue à l'article 125 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 72 : Les décisions refusant une prestation doivent être motivées. Elles comportent obligatoirement les trois premiers renseignements à l'article 71 précédent ainsi que l'indication des voies de recours ouvertes au demandeur et des formes et des délais dans lesquels les recours doivent être introduits.

CHAPITRE 3 : PAIEMENT DES PENSIONS ET ALLOCATIONS

ARTICLE 73 : Les arrérages trimestriels sont versés sans frais aux bénéficiaires lorsqu'il s'agit de pensions de vieillesse, d'invalidité, de veuve et de veuf et à la personne ou à l'organisme qui a la garde effective des enfants lorsqu'il s'agit de pensions d'orphelins.

ARTICLE 74 : Tout changement de résidence d'un bénéficiaire doit être signalé par celui-ci à la Caisse.

ARTICLE 75 : Les bénéficiaires d'une pension sont tenus de faire parvenir chaque année à la Caisse un certificat de vie ou un document équivalent, établi par l'autorité locale compétente. Ce certificat devra mentionner la date à laquelle il a été établi et lorsqu'il concerne un veuf ou une veuve bénéficiaire, préciser si l'intéressé (e) est ou non remarqué (e).

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

ARTICLES 76 : Les tribunaux compétents peuvent désigner une personne pour caisse de maladie ou d'invalidité.

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

ARTICLE 77 : En cas de décès d'un bénéficiaire, les arrérages qui ne lui ont pas été payés sont versés à la veuve ou au veuf ou à défaut aux orphelins bénéficiaires d'une pension d'orphelin. A défaut de veuve ou de veuf ou d'orphelin bénéficiaire, ces arrérages reviennent à la succession.

ARTICLE 78 : Les pensions de vieillesse et d'invalidité ainsi que les pensions de survivants cessent d'être attribuées à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel les conditions requises ne sont plus réunies.

Leur attribution est rétablie le premier jour du mois suivant celui au cours duquel les conditions sont à nouveau réunies. ARTICLE 79 : La prescription de deux ans du droit aux arrérages, prévue à l'article 62 du code de la sécurité sociale, a comme point de départ la date de la demande de pension de l'intéressé, constatée soit par le cachet de la Caisse faisant foi, soit, à défaut, par la date d'arrivée à la Caisse apposée sur la demande.

CHAPITRE 4 : REGLES DE COORDINATION AVEC LE REGIME DES CIVILES ET MILITAIRES DE L'ETAT

ARTICLE 80 : Les dispositions ci-après sont applicables aux assurés qui ont été affiliés successivement ou alternativement au régime d'assurance vieillesse de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et au régime des pensions civiles et militaires de l'Etat.

ARTICLE 81 : Tout travailleur passant d'un régime à l'autre, conserve l'intégralité des droits acquis qui seront entièrement validés par le régime d'accueil sur la base de la législation ou de la réglementation qu'il applique, sans que puisse lui être opposée toute obligation ou possibilité de rachat, même partiel, des droits précités.

ARTICLE 82 : L'ensemble des cotisations employeur et travailleur est reversé par le régime que quitte le travailleur au régime d'accueil, sur la base d'un accord de transfert entre le ministère des Finances et la Caisse.

Le travailleur n'est pas partie à l'accord et n'intervient pas dans le transfert. Il ne peut subir aucun préjudice du fait d'un retard dans le transfert effectif des cotisations ;

Le remboursement de cotisations au travailleur n'est admis en aucun cas.

TITRE 4 : ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

CHAPITRE 1 : MODALITE DE DECLARATION

ARTICLE 83 : Tout accident du travail, toute maladie professionnelle, doivent être déclarées à la Caisse nationale de sécurité sociale par l'employeur, dans les conditions prévues à l'article 65 du code de la sécurité sociale. La liste des maladies présumées d'origine professionnelle, en application de l'article 64 du code de la sécurité sociale, feront l'objet d'un acte.

La déclaration est établie sur les imprimés "Déclaration d'accident du travail ou maladie professionnelle" délivrés à cet effet par la Caisse en trois exemplaires dont deux sont adressés respectivement à la Caisse et à l'inspection du travail, le troisième exemplaire étant conservé par l'employeur.

La déclaration peut être déposée auprès des destinataires ou être envoyée sous pli recommandé, le cachet de la poste faisant foi. La date d'arrivée doit être immédiatement apposée sur toute déclaration d'accident du travail arrivée à la Caisse.

Tout médecin doit signaler à la Caisse toute maladie professionnelle dont il a eu connaissance.

ARTICLE 84 : Le déclarant a l'obligation de remplir d'une façon précise chacune des rubriques de la "Déclaration d'accident du travail ou maladie professionnelle" en indiquant :

- les nom, prénoms et adresse de l'employeur ou la dénomination ou la raison sociale de l'entreprise ;
- les nom, prénoms, qualité et adresse du déclarant ;
- le numéro d'immatriculation de l'employeur auprès de la Caisse ;
- le nom, prénoms, date et lieu de naissance de la victime ;
- le numéro d'immatriculation de la victime auprès de la Caisse ;
- l'adresse ou l'indication du lieu de travail habituel de la victime ;
- l'adresse personnelle de la victime ;
- la date d'entrée en service, la profession et les fonctions habituelles de l'assuré ;
- le lieu, la date, l'heure, les causes et les circonstances de l'accident ;
- la date de cessation du travail et éventuellement la date du décès ;
- les nom, prénoms et adresses des principaux témoins de l'accident ;
- s'il y a lieu, les nom, prénoms et adresse du tiers responsable de l'accident ;
- la moyenne des rémunérations perçues par la victime au cours des douze derniers mois pendant l'accident ;
- les rémunérations perçues par la victime au cours du dernier mois civil précédant l'accident ou le salaire qu'il aurait perçu en travaillant tout le mois, en détaillant le cas échéant les primes exceptionnelles et les gratifications annuelles. Si les primes ou gratifications couvrent plusieurs mois, seule la moyenne mensuelle de ces avantages est ajoutée au salaire mensuel à prendre en considération.

Dans le cas de maladie professionnelle, outre les renseignements prévus à l'alinéa 1 ci-dessus, la "Déclaration d'accident du travail ou maladie professionnelle" doit être accompagnée de l'indication des noms et adresses des employeurs chez lesquels la victime a antérieurement travaillé ainsi que la durée des services et les emplois occupés.

En cas de décès d'une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'autorité locale compétente est tenue de fournir à la Caisse les renseignements dont celle-ci peut avoir besoin, notamment en ce qui concerne les ayants droit.

ARTICLE 85 : L'employeur est tenu, dès l'accident survenu :

- de fournir à la victime les soins d'urgence ;
- d'aviser le médecin des services médicaux d'entreprise ou à défaut le médecin le plus proche ;
- éventuellement de diriger la victime sur le centre médical hospitalier public ou privé le plus proche ;

- de remettre à la victime un jeu de formulaires d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Les jeux de formulaires sont remis par la Caisse à l'employeur sur sa demande ;
- en cas de carence de l'employeur, l'administration locale compétente, la victime ou ses ayants-droit peuvent procéder à l'accomplissement des mesures visées ci-dessus.

ARTICLE 86 : Un jeu de formulaires d'accident du travail ou de maladie professionnelle est valable pour toute la durée du traitement ; il comprend, en une liasse, les feuillets détachables suivants :

- le certificat de constatation médicale ;
- le volet n°1 de soins destiné à la victime ;
- le volet n°2 de tarification du praticien ;
- le volet n°3 de tarification du pharmacien ou autres fournisseurs ;
- le certificat final descriptif.

ARTICLE 87 : Le certificat de constatation médicale est établi en trois exemplaires, dans un temps très voisin de l'accident, par le médecin traitant qui adresse le premier exemplaire à la Caisse, remet le second à la victime et garde par devers le troisième exemplaire.

Ce certificat doit mentionner :

- le nom et l'adresse du médecin traitant ;
- les noms et adresse de la victime et son numéro d'immatriculation à la Caisse ;
- la date et les causes de l'accident ;
- la description des lésions ou de la maladie ;
- la durée probable de l'incapacité de travail ;
- l'évolution probable de l'état de la victime ;
- s'il y a lieu, l'établissement public ou privé sur lequel la victime a été dirigée.

Le certificat de constatation médical couvre une période ininterrompue maximum de soixante jours d'incapacité temporaire. Si, à l'expiration de la période couverte par ce certificat, l'autorité médicale constate que la victime est encore en incapacité de travail, elle établit une attestation de prolongation qui ne pourra porter que sur une période maximum de 90 jours, renouvelable en tant que de besoin.

En cas de maladie professionnelle, le certificat de constatation médicale, établi par le médecin traitant, doit indiquer la nature de la maladie et notamment les manifestations mentionnées sur la liste des maladies professionnelles ainsi que leurs suites probables. Les dispositions de l'alinéa 3 du présent article sont applicables par analogie.

ARTICLE 88 : Le volet n°1 ouvrant le droit aux soins comporte l'indication par les praticiens, pharmaciens et autres fournisseurs de toutes les prestations et actes médicaux opérés. Il est conservé par la victime qui le présente lors de chaque prestation médicale, pour être complété et visé par les praticiens, pharmaciens ou autres fournisseurs. La victime le remet ou le renvoie à la Caisse à la fin du traitement. Lorsque le volet n°1 est entièrement rempli et en cas de prolongation des soins, la victime dépose le volet n°1 à la Caisse qui lui remet un nouveau jeu de formulaires.

En aucun cas la victime ne doit faire l'avance de frais médicaux la concernant. Exceptionnellement, si, en cas d'urgence absolue, la victime avait dû engager directement des frais, elle se ferait rembourser par la Caisse, mais dans la limite des tarifs de responsabilité applicables.

ARTICLE 89 : Le volet n° 2 "Tarification du praticien" et le volet n° 3 "Tarification du pharmacien et autres fournisseurs" comportent la consignation par l'autorité médicale ou pharmaceutique intéressée de la nature et du coût de tous les actes médicaux, pharmaceutiques ou hospitaliers pratiqués. Ils sont adressés par les intéressés à la Caisse aux fins de paiement.

ARTICLE 90 : Un certificat final descriptif indiquant les conséquences définitives de l'accident si celles-ci n'avaient pu être antérieurement constatées est établi, dans les huit jours qui suivent la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou la consolidation des lésions s'il y a incapacité permanente ou le décès de la victime, par le médecin traitant en trois exemplaires destinés et adressés respectivement à la Caisse, à la victime et à l'employeur.

Ce certificat doit notamment mentionner :

- les nom et adresse du médecin ;
- les nom et adresse personnelle de la victime ainsi que son numéro d'immatriculation à la Caisse ;
- les noms ou raison sociale et adresse de l'employeur ;
- la date de la guérison, de la consolidation des lésions ou du décès de la victime ;

- en cas d'incapacité permanente, le taux d'incapacité reconnu et, le cas échéant, la nécessité pour la victime de recourir de façon constante à l'assistance d'une autre personne pour les actes de la vie courante, la nécessité pour elle d'utiliser des appareils de prothèse ou d'orthopédie et lesquels ;

- la description des séquelles justifiant l'incapacité permanente.

En cas de carence du médecin traitant, la Caisse fait appel à son médecin-conseil qui peut, en tant que de besoin, saisir un autre médecin.

En tout état de cause, tous les dossiers relatifs à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, doivent être soumis pour accord avant règlement au médecin-conseil de la Caisse.

La décision du médecin-conseil modifiant les conclusions du médecin traitant, est notifiée à la victime.

En cas de contestation de l'avis du médecin-conseil, le dossier est soumis à un médecin expert choisi d'accord parties entre le médecin-conseil et le médecin traitant. L'avis de l'expert est irrévocable et sans appel.

CHAPITRE 2 : ENQUÊTES

SECTION 1 : ENQUÊTE ADMINISTRATIVE

ARTICLE 91 : La Caisse procède à toute enquête administrative nécessaire :

- lorsque l'employeur n'a pas fait la déclaration d'accident du travail ;
- lorsque les renseignements portés sur la déclaration d'accident du travail ne permettent pas d'établir le caractère professionnel de l'accident ;
- lorsque les intérêts de la victime ou de la Caisse l'imposent, notamment dans les cas suivants :

- accident dont le caractère professionnel est douteux ;

- responsabilité éventuelle d'un tiers ;

- accident déclaré par la victime ;

- lésion subite ou malaise.

SECTION 2 : ENQUÊTE LEGALE

ARTICLE 92 : La Caisse fait procéder à une enquête par un de ses contrôleurs ou par l'inspecteur du travail du ressort dans les cas suivants :

- en cas d'accident paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou la mort et en cas d'accident mortel ou lorsque d'après les certificats médicaux transmis en exécution des articles précédents ou produits par la victime ou ses ayants droit, la blessure paraît devoir entraîner une incapacité permanente ou la mort.

ARTICLE 93 : L'enquêteur convoque au lieu de l'enquête la victime ou ses ayants droit, l'employeur, les témoins et toute personne susceptible de fournir des renseignements utiles.

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

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

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

ARTICLE 94 : L'enquêteur doit recueillir les renseignements permettant d'établir en ce qui concerne l'accident :

. la cause ;

. la nature ;

. les circonstances ;

. l'heure ;

. le lieu de l'accident ;

. le nom et l'adresse du tiers responsable de l'accident, s'il y a lieu ;

. éventuellement, l'existence d'une faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur ou d'un de ses préposés susceptible d'influer sur la réparation ainsi que les responsabilités encourues.

En cas d'accident de trajet, ces éléments doivent être recherchés et notés avec soin, notamment :

. le domicile de la victime ;

. l'adresse du lieu de travail ;

Il indique, en conclusion, les motifs qui l'incitent à estimer que l'accident est ou n'est pas un accident du travail. Ses conclusions toutefois n'engagent pas la Caisse.

ARTICLE 95 : L'enquêteur consigne les résultats de l'enquête dans un procès-verbal établi en deux exemplaires qui fait foi jusqu'à preuve du contraire des faits qu'il a constatés.

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

- le cas échéant, les accidents du travail antérieurs de la victime.

- la catégorie professionnelle de la victime au moment de l'arrêt du travail et d'une manière générale, tous les éléments de nature à permettre la détermination du salaire servant de base au calcul des indemnités et à celui des rentes ;

- la date de mariage du ou des conjoints survivants ;

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

- la nature des lésions ;

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

• l'existence d'un déplacement professionnel ordonné par l'employeur.

• l'existence d'un déplacement professionnel ordonné par l'employeur.

• les motifs qui auraient incité la victime, le cas échéant, à interrompre ou à détourner son parcours entre son domicile et le lieu de travail ou inversement ;

• le trajet habituel emprunté pour se rendre au travail ou revenir du travail ;

• l'heure de début du travail ;

• l'heure habituelle d'arrivée au lieu de travail ;

• l'heure de la fin du travail ;

Il envoie un exemplaire de ce procès-verbal à la Caisse accompagné du dossier dont il avait été saisi, ainsi que de toutes pièces qu'il juge bon d'y annexer, dans un délai maximum de vingt jours à compter de la date de réception du dossier. Le deuxième exemplaire est conservé par l'enquêteur. Dans le cas exceptionnel où le délai se trouve dépassé, l'enquêteur le fait connaître à la Caisse ; il doit être fait mention des causes du retard dans le procès-verbal.

ARTICLE 96 : La Caisse peut désigner un expert technique sur la demande de l'enquêteur, de la victime ou de ses ayants droit ou de l'employeur.

L'expert assiste l'enquêteur et dresse un rapport qui doit être envoyé à la Caisse dans le délai requis pour l'enquête. L'expert est tenu au secret professionnel. Ses émoluments lui sont payés par la Caisse. Il peut recevoir, le cas échéant, le remboursement de ses frais de déplacement.

ARTICLE 97 : Par dérogation à l'article 92, la Caisse pourra décider de ne pas faire effectuer d'enquête lorsqu'elle sera en possession de tous les renseignements énumérés à l'article 94.

CHAPITRE 3 : INDEMNITES JOURNALIERES

ARTICLE 98 : L'employeur qui, en application de l'article 73 dernier alinéa du code de la sécurité sociale, a maintenu à la victime d'un accident du travail le montant intégral de son salaire pendant toute la période d'incapacité temporaire, demande le remboursement des indemnités journalières dues par la Caisse au moyen de l'imprimé "Attestation de reprise de travail" délivré par cet organisme. Le salaire du jour de l'accident reste à la charge de l'employeur.

Ce remboursement est demandé à la fin de la période d'incapacité temporaire. Toutefois, lorsque la période d'incapacité temporaire est supérieure à un mois, le remboursement peut être effectué partiellement à la fin de chaque mois.

ARTICLE 99 : L'attestation de reprise du travail en vue du remboursement des indemnités journalières comporte obligatoirement les indications suivantes.

- nom et prénoms de l'employeur ou raison sociale de l'entreprise ;

- numéro d'affiliation de l'employeur ;

- nom et prénoms de la victime ;

- date ou année de naissance de la victime ;

- numéro d'immatriculation de la victime ;

- date de l'accident ;

- date de consolidation médicale de l'état de la victime ou durée probable de l'incapacité temporaire ;

- indication de la période concernée par la demande de remboursement des indemnités journalières : mois de référence, 1^{er} jour d'arrêt de travail, date de reprise du travail ou la mention "non repris ce jour" pour les paiements partiels ;

- salaires de référence soumis à cotisations. En cas de primes ou de gratifications exceptionnelles, préciser la périodicité ;

- attestation signée du travailleur concernant les salaires perçus ou production des bulletins de paie du travailleur émargés par ce dernier.

ARTICLE 100 : Au vu des indications et justifications portées sur la demande de remboursement d'indemnités journalières, la Caisse calcule le montant des indemnités journalières dues conformément aux dispositions de l'article 73 du code de la sécurité sociale et établit un état de remboursement à l'ordre de l'employeur.

CHAPITRE 4 : LES RENTES

ARTICLE 101 : Dès la réception du certificat final descriptif fixant la date de consolidation des blessures et le taux d'incapacité permanente partielle résultant de l'accident, le service des accidents du travail procède, selon le cas, au calcul de l'allocation d'incapacité ou au calcul de la rente due à la victime et à la préparation du procès-verbal d'attribution d'une allocation d'incapacité ou d'attribution de rente.

ARTICLE 102 : Le montant de l'allocation d'incapacité due pour un taux d'incapacité permanente inférieur à 15 % est égal à 3 fois le montant de la rente annuelle correspondant au degré d'incapacité de la victime. Ce montant est versé en une seule fois.

ARTICLE 103 : Le montant de la rente mensuelle due pour un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 15 % est égal à 70 % de la rémunération mensuelle moyenne telle que définie à l'alinéa 2 de l'article 75 du code de la sécurité sociale, multiplié par le taux d'incapacité permanente.

ARTICLE 104 : Pour bénéficier de la rente de survivant, le conjoint survivant doit produire son acte de mariage ou un extrait certifié.

ARTICLE 105 : Si le montant total des pensions de survivants calculé en application des dispositions de l'article 80 du code de la sécurité sociale est supérieur au montant de la pension à laquelle l'intéressé aurait eu droit, les pension de survivants sont réduites proportionnellement.

A cet effet, il est effectué le total des pourcentages de pension dus à chacun des survivants. La part de chacun est égale au pourcentage auquel il peut prétendre, divisé par le total des pourcentages calculé comme ci-dessus et multiplié par le montant de la pension auquel l'intéressé aurait eu droit.

CHAPITRE 5 : REVISION - RECHUTE

ARTICLE 106 : Toute modification de l'état de la victime dont la constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente ou de consolidation de la blessure peut donner lieu à une nouvelle fixation du montant de la rente.

Cette nouvelle fixation peut avoir lieu à tout moment dans les deux premières années qui suivent la date de guérison ou de consolidation de la blessure. Au-delà de ce délai de deux ans, une nouvelle fixation ne peut être faite qu'à des intervalles d'au moins un an, même si un traitement médical est ordonné. Ces intervalles peuvent toutefois être diminués d'un commun accord entre la Caaissse et la victime.

ARTICLE 107 : En cas d'atténuation de l'état de la victime, il ne peut être demandé aucune restitution à la victime qui a obtenu le versement d'une allocation d'incapacité.

lorsque la victime est titulaire d'une rente et qu'il est constaté une amélioration de son état, il est procédé à la fixation d'un nouveau taux d'incapacité permanente partielle. Si le nouveau taux d'incapacité permanente devient inférieur à 15 %, il est attribué à la victime une allocation d'incapacité.

ARTICLE 108 : En cas d'aggravation de l'état de la victime et fixation d'un nouveau taux, d'invalidité permanente, il est fait application à la victime des dispositions de l'article 81 du code de la sécurité sociale.

Lorsqu'une victime bénéficiaire d'une allocation d'incapacité subit une aggravation de son état d'incapacité, sans toutefois que le nouveau taux d'incapacité soit égal ou supérieur à 15 %, il bénéficie de la différence entre le nouveau montant de l'allocation d'incapacité et montant de l'allocation d'incapacité déjà versé.

ARTICLE 109 : Il y a rechute lorsque l'aggravation de la lésion entraîne pour la victime la nécessité d'un traitement médical qu'il y ait ou non arrêt de travail. Dans ce cas, la Caisse prend en charge les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers ainsi que la fraction d'indemnité journalière qui excède le montant correspondant de la rente pendant cette période.

CHAPITRE 6 : FOURNITURE REPARATION ET RENOUELEMENT DES APPAREILS DE PROTHESE ET D'ORTHOPEDIE

ARTICLE 110 : La victime d'un accident du travail peut prétendre à la fourniture, à la réparation et au renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie lorsque ceux-ci sont jugés nécessaires par le médecin-conseil.

ARTICLE 111 : L'appareillage comporte les appareils de prothèse et d'orthopédie proprement dits, leurs systèmes d'attaches et tous autres accessoires nécessaires à leur fonctionnement, y compris, notamment les chaussures adaptées aux membres inférieurs artificiels.

En ce qui concerne la prothèse dentaire, l'appareillage prévu à l'alinéa 1 ne comprend que la prothèse maxillo-faciale, la prothèse dentaire proprement dite étant assimilée aux soins médicaux chirurgicaux et aux frais pharmaceutiques et accessoires.

ARTICLE 112 : La victime a le droit de choisir l'appareil convenant à son infirmité parmi les types agréés.

Elle a droit, pour chaque infirmité, à un appareil et, selon son infirmité, à un appareil de secours, à une voiturette ou à un fauteuil roulant. Ne peuvent toutefois prétendre à une voiturette ou à un fauteuil roulant que les mutilés atteints de lésions graves et incurables du système locomoteur.

Les mutilés des membres inférieurs ont droit à un appareil provisoire avant l'appareillage définitif. En aucun cas les mutilés des membres inférieurs ne peut être considéré comme un appareil de secours.

ARTICLE 113 : La demande de fourniture, de réparation, de renouvellement ou de remplacement d'un appareil de prothèse ou d'orthopédie est adressée à la Caisse par la victime ou son médecin traitant.

La Caisse soumet cette demande à son médecin-conseil ou à un médecin désigné par elle.

Au cas où la victime conteste la décision de la Caisse, le dossier est transmis à la commission médicale dans les conditions prévues à l'article 141 du présent décret.

ARTICLE 114 : Il appartient à la victime qui demande la réparation ou le remplacement d'un appareil utilisé antérieurement à l'accident d'établir que l'accident a rendu l'appareil inutilisable. Sauf le cas de force majeure, elle est tenue de présenter dedit appareil au médecin-conseil de la Caisse.

ARTICLE 115 : La Caisse tient pour chaque victime une fiche sur laquelle sont mentionnées le type, le nombre et la nature des appareils délivrés, les réparations et les renouvellements effectués, les frais correspondant à chacune de ces opérations et éventuellement les décisions de la Caisse ainsi que les constatations de réception et de convenance du médecin traitant.

ARTICLE 116 : Lorsque la Caisse estime que l'appareillage n'est plus justifié, elle demande à la victime la restitution de l'appareil. En cas de contestation, la commission médicale est saisie dans les conditions prévues à l'article 141 du présent décret.

ARTICLE 117 : Les frais d'acquisition sont à la charge de la Caisse et comprennent :

- les frais d'acquisition, de réparation et de renouvellement des appareils ;

- les frais d'expédition des appareils et autres frais accessoires que pourraient comporter les opérations de fournitures, de réparation et de renouvellement ;

- les frais légitimes de déplacement exposés par la victime lors de chacune de ses visites au médecin traitant ou à la commission médicale ou au fournisseur, les indemnités compensatrices éventuelles de perte de salaire et les frais normaux de séjour sur justifications.

ARTICLE 118 : Les appareils et leurs accessoires ne peuvent être ni cédés, ni vendus. Sauf le cas de force majeure, les appareils non représentés ne sont pas remplacés.

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

En cas de décès du bénéficiaire, la voiturette ou le fauteuil roulant doit être remis à la Caisse.

ARTICLE 119 : Le mutilé qui, par de fausses déclarations ou de quelque manière que ce soit, aurait obtenu un nombre d'appareils supérieur à celui auquel il a droit, est tenu au remboursement du prix des appareils indûment reçus.

CHAPITRE 7 : READAPTATION - REEDUCATION - RECLASSEMENT

SECTION 1 : READAPTATION FONCTIONNELLE

ARTICLE 120 : La victime peut bénéficier d'un traitement spécial en vue de sa réadaptation fonctionnelle. Ce bénéfice lui est accordé à l'initiative de la Caisse après un examen médical spécial auquel il est procédé conjointement par le médecin traitant de la victime et le médecin-conseil de la Caisse.

En cas de désaccord entre les deux praticiens, le dossier est transmis à la commission médicale, visée à l'article 141 du présent décret, qui statue définitivement et sans appel.

En cas d'inobservation de ces obligations, la Caisse peut suspendre le service de l'indemnité journalière ou en réduire le montant sauf recours du bénéficiaire devant le tribunal du travail. Dans le même cas, la Caisse cesse d'être tenue au paiement des frais de toute nature à l'égard des praticiens ou établissements intéressés. Ce paiement cesse d'être dû à partir de la date constatée sur l'avis d réception de la lettre recommandée portant notification de cette décision et adressée à la victime et aux praticiens ou établissements intéressés.

- d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.
- de s'abstenir de toute activité non autorisée ;
- de se soumettre aux visites médicales et aux contrôles organisés par la Caisse ;
- de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits par l'autorité médicale intéressée ;

ARTICLE 124 : Le bénéficiaire du traitement de réadaptation est tenu :

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

ARTICLE 123 : Pendant toute la période de traitement, la victime a droit à l'indemnité journalière prévue à l'article 73 du code de la sécurité sociale.

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

ARTICLE 122 : Le traitement en vue de la réadaptation fonctionnelle, peut comprendre l'admission dans l'établissement public ou privé agréé le plus proche du lieu de travail ou de la résidence habituelle du travailleur.

Sa décision, susceptible de recours devant le tribunal du travail, est notifiée à la victime par lettre recommandée ou par tout autre moyen certain de notification. Une copie de la décision est adressée au médecin traitant.

ARTICLE 121 : Sur la base de cette décision, la Caisse prend les mesures appropriées à la nature et à la durée du traitement nécessitée par l'état de l'intéressé.

ARTICLE 125 : Les accidents qui surviendraient à la victime au cours de son stage de réadaptation fonctionnelle, par le fait ou à l'occasion de la réadaptation, sont assimilés aux accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail et réparés comme tels.

SECTION 2 : REEDUCATION PROFESSIONNELLE

ARTICLE 126 : Si, à la suite d'un accident de travail, la victime devient inapte à exercer sa profession ou ne peut le faire qu'après une rééducation, elle peut éventuellement, qu'elle ait ou non bénéficié de la réadaptation fonctionnelle, être admise à la charge de la Caisse dans un établissement public ou privé de rééducation professionnelle ou être placée chez un employeur pour se réadapter à sa profession ou y apprendre l'exercice d'une profession de son choix.

Le bénéfice de la rééducation est accordé à la victime à l'initiative de la Caisse après examen psychotechnique et médical préalable.

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

Compte tenu des places disponibles, la Caisse fait admettre la victime dans l'un des établissements habilités à cet effet ou, s'il y a lieu, chez un employeur.

ARTICLE 127 : Les établissements habilités comprennent :

- les établissements et centres publics créés en vue d'assurer la rééducation professionnelle des victimes du travail ;
- les établissements privés habilités, dont le fonctionnement est soumis au contrôle de l'inspection du travail.

Les victimes du travail dont la résidence habituelle est située hors du territoire d'emploi, peuvent demander à être rééduquées dans l'établissement ou le centre public le plus proche de leur résidence habituelle.

ARTICLE 128 : Lorsque la victime est placée pour sa rééducation chez un employeur, un contrat de rééducation définit les droits et obligations des parties et les modalités de contrôle de la rééducation professionnelle par l'inspecteur du travail ou un contrôleur de la Caisse.

Ce contrat est visé par l'inspecteur du travail.

ARTICLE 129 : pendant toute la période de rééducation, l'indemnité journalière ou la rente est intégralement maintenue à la victime. Si elle est inférieure au salaire minimum de la profession en vue de laquelle la victime est réadaptée, cette dernière reçoit, à défaut de rémunération, pendant la durée de sa rééducation, un supplément à la charge de la Caisse, destiné à porter cette indemnité ou rente au montant dudit salaire.

ARTICLE 130 : Les frais de rééducation sont supportés par la Caisse. Ils comportent, outre les frais des examens psychotechniques préalables à la rééducation :

- les frais de voyage aller et retour de la victime, par le mode transport le moins onéreux dans la classe dans laquelle elle sera normalement transportée en application des conventions ou règlements en vigueur ;

- le complément d'indemnité visé à l'article précédent ;

- les frais de rééducation proprement dite ;

- les frais des appareils de prothèse de travail, nécessaires à la rééducation.

SECTION 3 : RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

ARTICLE 131 : Le contrat de travail de toute victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle est suspendu du jour de l'accident jusqu'au jour de la guérison ou de la consolidation de la blessure.

ARTICLE 132 : En cas d'incapacité permanente, si le travailleur est atteint d'une réduction de capacité le rendant professionnellement inapte à son ancien emploi, l'employeur doit, indépendamment des mesures prévues aux sections 1 et 2 du présent chapitre, s'efforcer de la reclasser dans son entreprise en l'affectant à un poste correspondant à ses aptitudes et à ses capacités.

Si l'employeur ne dispose d'aucun emploi permettant le reclassement, le licenciement du travailleur devra être soumis à la décision de l'inspecteur du travail. L'Office National de la Main d'Oeuvre procédera à son reclassement compte tenu des dispositions de l'article 133 ci-après.

ARTICLE 133 : Les employeurs sont tenus de réserver aux mutilés du travail un certain pourcentage de leurs emplois qui est déterminé par décret sur proposition du ministre chargé du Travail.

CHAPITRE 8 : PRESCRIPTION

ARTICLE 134 : En application de l'article 83 du code de la sécurité sociale, les droits aux prestations et indemnités en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles se prescrivent par deux ans à dater du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête ou de la cessation de paiement de l'indemnité journalière.

Toutefois le droit aux prestations n'est pas prescrit lorsque la Caisse ayant régulièrement reçu une déclaration d'accident du travail ayant entraîné la mort ou susceptible d'entraîner une incapacité permanente ou le décès, n'a pas procédé à l'instruction du dossier.

Toute réclamation, recours ou manifestation de la victime auprès de la Caisse lève la prescription de deux ans du droit aux prestations.

CHAPITRE 9 : PREVENTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

ARTICLE 135 : La Caisse établit chaque année une statistique détaillée des accidents du travail ou des maladies professionnelles intervenus et leur pourcentage en fonction notamment du secteur d'activité, de l'emploi tenu, de la nature de l'accident et des conséquences de l'accident (taux d'incapacité permanente partielle et décès).

A l'appui de ces statistiques est jointe une analyse mettant en relief les secteurs ou les emplois les plus dangereux et formulant les recommandations nécessaires pour la réduction du nombre des accidents.

ARTICLE 136 : Au vu des recommandations visées au 2^e alinéa de l'article 135 ci-dessus, la Caisse réunit un Comité de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Ce Comité, présidé par le directeur général ou son délégué, comprend le médecin-conseil de la Caisse, le directeur du travail, le Chef de service des accidents du travail et, selon le cas, des spécialistes des problèmes étudiés, choisis en fonction de leur compétence et de leur disponibilité.

ARTICLE 137 : Un médecin-conseil est nommé auprès de la Caisse. Il peut être salarié à plein temps ou travailler par vacations rémunérées.

ARTICLE 138 : Le médecin-conseil de la Caisse est consulté obligatoirement sur tous les dossiers comportant un élément médical, à savoir notamment l'appréciation :

- de l'état d'invalidité pour les demandeurs ou titulaires de pensions d'invalidité, pour la veuve de moins de 40 ans et le veuf demandeurs d'une pension de survivant ;
- de l'état d'usure prématurée de l'organisme en cas de demande de pension par anticipation ;
- de la nécessité de l'aide constante et des soins d'une autre personne pour accomplir les besoins de la vie courante en ce qui concerne les pensionnés d'invalidité et les accidentés du travail ;
- du taux d'incapacité permanente partielle en cas d'accident du travail ;
- de la réalité de la maladie professionnelle ;

CHAPITRE 1 : CONTROLE MEDICAL

TITRE 5 : DISPOSITIONS COMMUNES AUX PENSIONS ET AUX RENTES

Le Comité a notamment pour tâche de fixer annuellement un programme de prévention, de proposer les moyens financiers qui devraient y être consacrés, de déterminer les modes de publicité et de propagande nécessaires. Ces moyens peuvent consister, entre autres, en affiches, campagnes publicitaires, émissions radiophoniques, conférences, expositions dans les entreprises de façon à sensibiliser les employeurs et les travailleurs à ce problème.

La Caisse peut favoriser, par des subventions, des campagnes de prévention ou des cours d'enseignement de la prévention qu'elle n'organiserait pas elle-même.

Un bilan des actions de prévention est établi annuellement dans le premier trimestre de chaque année et communiqué au conseil d'administration.

- du degré d'aggravation ou d'atténuation de l'invalidité ou de l'incapacité permanente partielle et de la fréquence des examens médicaux nécessaires ;

- demandes relatives aux appareils de prothèse ou d'orthopédie.

ARTICLE 139 : L'assuré est tenu de répondre à toute convocation du contrôle médical et de présenter à toute réquisition de ce service tous certificats médicaux, radiographies, examens de laboratoire et ordonnances en sa possession.

Pour éviter le déplacement de l'assuré, le médecin-conseil peut demander l'examen de la victime par le médecin de son choix autre que le médecin traitant. Les honoraires sont à la charge de la Caisse.

ARTICLE 140 : Pour tous les actes de contrôle médical, l'assuré a le droit de se faire assister par son médecin. Les honoraires de ce dernier sont à la charge de la victime.

ARTICLE 141 : Au cas où un assuré conteste une décision prise par la Caisse sur avis du médecin-conseil, le dossier est transmis à la commission médicale visée à l'article 72 dernier alinéa du code de la sécurité sociale. La commission statue définitivement et sans appel.

CHAPITRE 2 : REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DEPLACEMENT

ARTICLE 142 : Peuvent bénéficier du remboursement des frais de déplacement :

- le demandeur d'une pension d'invalidité ou d'une pension anticipée, le titulaire d'une pension d'invalidité, la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou éventuellement ses ayants droit, qui doivent quitter leur résidence, soit pour répondre à la convocation du médecin-conseil ou se soumettre à une expertise, à une contrôle ou à un traitement, soit pour obtenir la fourniture, le renouvellement ou la réparation d'appareils de prothèse ou d'orthopédie.

- la ou les personnes qui accompagnent le demandeur de pension, le pensionné ou la victime qui ne peuvent se déplacer seuls, sur présentation d'un certificat médical constatant cette impossibilité et fixant le nombre de personnes nécessaires à l'accompagnement ;

- la personne qui assiste la victime d'un accident du travail ou ses ayants droit dans les conditions prévues à l'alinéa 3 de l'article 93 du présent décret ;

- les témoins visés à l'alinéa 2 de l'article 93 du présent décret.

ARTICLE 143 : Les frais de déplacement comprennent éventuellement les frais de transport, les frais de séjour, l'indemnité compensatrice de perte de salaire.

ARTICLE 144 : Le remboursement des frais de transport n'est admis qu'en fonction du trajet le plus court et du moyen de transport le plus économique.

L'utilisation d'un autre moyen de transport devra être justifiée par un certificat médical ou une attestation du chef d'entreprise constatant l'impossibilité médicale ou matérielle d'utiliser les moyens visés à l'alinéa précédent.

ARTICLE 145 : Lorsque les frais de transport à engager dépassent les possibilités financières des personnes convoquées, ils sont pris en charge directement par la Caisse ou, s'il y a lieu et en cas d'urgence, avancés par l'employeur qui en obtiendra alors le remboursement par la Caisse.

ARTICLE 146 : Des tarifs de remboursement des frais de séjour correspondant aux frais de repas et de coucher, peuvent être fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'obligation de prendre un repas ou de coucher est établie par le seul fait que le déplacement s'est produit pendant la totalité des périodes de temps suivantes :

- entre 11 heures et 14 heures pour le repas de midi ;
- entre 18 heures et 21 heures pour le repas du soir ;
- entre 22 heures et 5 heures pour le coucher.

Les indemnités de repas et de coucher ne sont pas dues dans le cas d'hospitalisation d'une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les frais étant alors directement pris en charge par la Caisse.

ARTICLE 147 : L'indemnité compensatrice de perte de salaires est due pendant l'interruption du travail nécessitée par le déplacement et est égale à l'indemnité journalière.

Les ayants droit et les personnes visées aux alinéas 2 et 3 de l'article 93 ci-dessus reçoivent également cette indemnité. L'autre personne visée à l'article 87 du code de la sécurité sociale, ne peut prétendre à cette indemnité.

ARTICLE 148 : Le remboursement des frais de déplacement se fait sur présentation de pièces justificatives notamment :

- la convocation ou le certificat médical ayant motivé le déplacement ;
- le titre de transport ou le récépissé délivré par les entreprises qui exigent le titre de transport à l'arrivée :

- l'attestation de la comparution devant le médecin-conseil, l'enquêteur ou le spécialiste qualifié, ou l'attestation du traitement subi, de la fourniture, du renouvellement ou de la réparation des appareils de prothèse ou d'orthopédie. Cette attestation mentionne la durée de l'expertise, du contrôle, du traitement, de l'immobilisation qui justifie la durée de l'absence. Un visa sur la convocation, un certificat médical, un billet d'hôpital ou toute autre pièce équivalente peuvent tenir lieu d'attestation ;

- le bulletin de salaire pour le paiement de l'indemnité visée à l'article 147 précédent.

CHAPITRE 3 : REVALORISATION DES PENSIONS ET DES RENTES

ARTICLE 149 : En application de l'article 92 alinéa 1 du code de la sécurité sociale, il est procédé chaque année, au cours de la première quinzaine du mois de Mars, au calcul du coefficient correcteur qui doit servir de base à la revalorisation des pensions et des rentes.

Pour ce faire, il est procédé au calcul du salaire moyen pour l'année écoulée, en divisant le total des salaires versés au cours de l'année considérée par le nombre de salariés assujettis à cotisations au cours de cette même année.

Au cas où le résultat obtenu peut apparaître entaché d'incertitudes, il peut être procédé à des sondages par entreprise ou à des calculs par classes de salaires pondérés.

Le quotient du montant du salaire moyen pour l'année considérée qui figure au numérateur de la fraction par le salaire moyen pour l'année immédiatement antérieure à l'année considérée, qui figure au dénominateur de ladite fraction, constitue le coefficient de revalorisation.

Il n'est pas tenu compte du troisième chiffre à partir de la virgule.

Le coefficient de revalorisation s'applique à toutes les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants et à toutes versées au titre de l'année civile en cours, dès parution de l'arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixant le coefficient de revalorisation pour ladite année.

ARTICLE 150 : Il est établi un tableau des coefficients multiplicateurs des dix dernières années.

Les salaires des 36 ou 60 derniers mois effectifs d'assurance précédant la date d'admissibilité à pension pris en considération pour le calcul de la rémunération moyenne servant de base au calcul des pensions, sont affectés du coefficient multiplicateur correspondant.

TITRE 6 : LES PRESTATIONS FAMILIALES

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 151 : Conformément aux dispositions de l'article 93 du code de la sécurité sociale, les prestations familiales et de maternité servies en espèces comprennent :

- les allocations prénatales ;
- les allocations familiales ;
- les indemnités journalières des femmes salariées en couches.

ARTICLE 152 : Bénéficient des prestations familiales :

- les travailleurs visés à l'article 1 du présent décret exerçant leur activité sur le territoire de la République de Guinée et ayant à leur charge un ou plusieurs enfants. Ces derniers doivent, sauf dispositions particulières applicables de conventions internationales de l'Organisation Internationale du Travail, résider en République de Guinée ;
- les titulaires d'une pension de vieillesse, d'invalidité ou de survivant ;
- les titulaires d'une rente d'accident du travail correspondant à une rente d'incapacité d'au moins 50 %, ou d'une rente de survivant ;

- les travailleurs déplacés pour les besoins de leur travail hors du territoire de la République de Guinée et qui ne reçoivent pas de prestations familiales au titre de la législation de leur lieu de résidence ;

- les travailleurs dont les enfants résident hors du territoire de la République de Guinée et qui ne perçoivent pas de prestations familiales au titre de la législation de leur lieu de résidence.

Bénéficient des prestations de maternité sous forme d'indemnités de maternité les femmes salariées à l'occasion du congé de maternité.

ARTICLE 153 : Ne bénéficient pas des prestations versées par la Caisse, les travailleurs et leurs conjoints même salariés, bénéficiaires d'un régime particulier d'allocations familiales payées par le budget national ou le budget d'une collectivité locale, sauf présentation d'un certificat de radiation du régime particulier d'allocations familiales.

Lorsque le mari et la femme sont tous les deux salariés, et peuvent prétendre à des allocations familiales, celles-ci sont établies et liquidées au nom de celui qui bénéficie des prestations les plus avantageuses.

ARTICLE 154 : Lorsque le travailleur ou ses enfants résident à l'étranger, il peut être dérogé aux dispositions ci-dessus par accords de réciprocité ou conventions bilatérales ou multilatérales de sécurité sociale qui stipulent les obligations respectives des parties et les modalités d'attribution, de paiement ou de remboursement des prestations.

ARTICLE 155 : L'activité professionnelle de l'allocataire doit s'exercer depuis au moins six mois consécutifs, chez un ou plusieurs employeurs, en République de Guinée ou dans tout autre pays reconnaissant par accord de réciprocité ou conventions bilatérales ou multilatérales de sécurité sociale aux ressortissants guinéens, des avantages réciproques en matière de sécurité sociale.

Cette activité doit assurer à l'allocataire une rémunération mensuelle au moins égale au salaire minimum interprofessionnel garanti le plus élevé.

ARTICLE 156 : Pour ouvrir droit aux prestations familiales, l'activité professionnelle dans le mois doit être au moins égale à 18 jours ou 120 heures de travail et assurer d'autre part à l'allocataire une rémunération au moins égale au salaire horaire ou journalier minimum interprofessionnel garanti le plus élevé.

ARTICLE 157 : Sont comptés comme temps de service ouvrant droit aux prestations familiales :

- les absences pour congés réguliers et pour accidents du travail et maladies professionnelles ;
- dans la limite de six mois, les absences pour maladies dûment constatées par le médecin-conseil de la Caisse ou un médecin désigné par lui ;
- les périodes de repos des femmes en couches ;
- le temps passé sous les drapeaux au titre du service militaire légal.

ARTICLE 158 : Ouvrent droit aux prestations familiales les enfants visés à l'article 95 du Code de la sécurité sociale, sous réserve de la limitation du nombre d'enfants ouvrant droit aux allocations familiales prévue à l'article 99 alinéa 1 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 159 : L'ouverture du droit aux prestations familiales est subordonnée à l'établissement d'une demande sur un imprimé délivré par la Caisse.

Ces imprimés doivent comporter la profession du ou des conjoints et indiquer, lorsque l'un des conjoints est fonctionnaire, s'il est en activité ou en retraite.

Lorsque l'un des conjoints est fonctionnaire, la Caisse s'informe auprès de son administration s'il perçoit des allocations familiales et de quel montant.

La demande est adressée ou remise à la Caisse ou à ses correspondants locaux. Elle est accompagnée des pièces justificatives énumérées sur l'imprimé, aux fins de vérification de l'état civil de l'allocataire, de son conjoint et de ses enfants.

Toute modifications intervenues dans la situation de famille du travailleur doivent être signalées à la Caisse et accompagnée des pièces justificatives.

CHAPITRE 2 : ALLOCATIONS PRENATALES

ARTICLE 160 : Le droit aux allocations prenatales est ouvert à toute femme salariée ou conjointe d'un travailleur salarié à compter du jour où l'état de grossesse est déclaré.

Cette déclaration est adressée à la Caisse dans les trois premiers mois de la grossesse, sauf dérogation prévue à l'alinéa 3 de l'article 162 ci-dessous.

La déclaration de grossesse n'est soumise à aucune forme, mais elle doit être adressée à la Caisse, accompagnée d'un certificat médical constatant la grossesse.

ARTICLE 161 : La Caisse délivre à la future mère un carnet de grossesse et de maternité établi au nom de la mère et portant le numéro d'immatriculation de l'assuré auquel les prestations sont dues.

Le carnet comporte des feuillets numérotés et sur chacun d'eux est porté le nom de la mère et le numéro d'immatriculation de l'assuré. Il est divisé en deux parties :

- une première partie, ayant trait à la période comprise entre la déclaration de grossesse et l'accouchement, est destinée à constater les examens prénatals.

Cette première partie comprend trois feuillets :

• le premier feuillet constitue le certificat de premier examen prénatal à établir lors de la déclaration de grossesse et en tout cas avant le troisième mois de grossesse ;

• le deuxième feuillet constitue le certificat de deuxième examen prénatal à établir vers le sixième mois de la grossesse ;

• le troisième feuillet constitue le troisième examen prénatal à effectuer vers le huitième mois de la grossesse.

- la deuxième partie concernant la période débutant au moment de l'accouchement est destinée à constater l'accouchement et les consultations médicales des nourrissons.

Elle comprend six feuillets :

• le premier feuillet est établi au moment de l'accouchement.

• Les cinq autres feuillets sont établis successivement lors de chaque visite annuelle du nourrisson, le premier examen ayant lieu dans les trois mois de la naissance.

Les souches et volets détachables de ces certificats portent la date de l'examen et le cachet ou le nom et l'adresse du praticien ou du centre médical l'examen et la signature du praticien.

Les examens peuvent donner lieu à remboursement dans la limite du tarif de responsabilité des formations sanitaires publiques.

ARTICLE 162 : Le premier examen médical prénatal a lieu avant la fin du troisième mois de la grossesse. Il est, à la fois, obstétrical et général ; il est effectué par un médecin.

Le médecin établit le certificat de ce premier examen sur le feuillet ad hoc du carnet de grossesse et de maternité. Ce certificat doit obligatoirement indiquer la date présumée de l'accouchement.

Le délai de trois mois prévu ci-dessus peut être à cinq mois lorsque la future mère réside à plus de 25 kilomètres d'un centre médical.

ARTICLE 163 : Les deuxième et troisième examens médicaux effectués respectivement vers le sixième et le huitième mois de la grossesse, sont obstétricaux. Ils sont effectués par un médecin ou une sage-femme et certifiés sur les feuillets ad hoc du carnet de grossesse et de maternité.

Dans le cas de prolongation du délai de production du certificat médical de premier examen visé à l'article 162, la future mère ne sera soumise qu'à un seul examen obstétrical subi vers le huitième mois de la grossesse.

ARTICLE 164 : Dans les localités dépourvues de médecin, le ministre de la Santé désigne le personnel appartenant ou non au service de Santé habilité à établir un rapport d'examen au vu duquel sont dressés les certificats médicaux visés aux articles 162 et 163. Ce rapport accompagné du carnet de grossesse et de maternité est adressé à un médecin proposé aux examens désigné par le ministre de la Santé.

Le médecin proposé aux examens, au vu du rapport sus-mentionné à l'alinéa précédent remplit les feuillets appropriés du carnet de grossesse et de maternité qu'il restitue dans les quinze jours.

ARTICLE 165 : Les allocations prénatales sont payées à l'assuré. Leur montant global est égal à 9 fois le montant mensuel des allocations familiales dues pour un enfant.

Paiement des allocations prénatales s'effectue sur présentation successive ou simultanée des trois premiers feuillets du carnet de grossesse et de maternité dûment remplis par le médecin. La présentation de chacun des trois premiers feuillets du carnet de grossesse et de maternité donne droit au paiement de trois fois le montant mensuel des allocations familiales dues pour un enfant.

Tout examen non subi dans les délais fixés à l'article 162 fait perdre le bénéfice de la part correspondante des allocations prénatales.

Lorsqu'il sera invoqué l'impossibilité d'avoir satisfait aux examens médicaux prescrits aux dates prévues, la Caisse sera appelée à se prononcer sur l'attribution des allocations.

Au cas de refus, la demande peut être portée par le requérant devant la commission de recours gracieux conformément aux dispositions de l'article 125 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 166 : Si le médecin atteste que ses prescriptions pour la protection sanitaire de la mère et de l'enfant ne sont pas respectées, la Caisse peut, après enquête, supprimer le versement des allocations prénatales. Cette décision est susceptible de recours conformément aux articles 124 et 125 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE 3 : ALLOCATIONS FAMILIALES

ARTICLE 167 : Des allocations familiales sont attribuées au travailleur pour chacun de ses enfants à charge, dans la limite de 10 enfants, âgés de moins de 16 ans ou de moins de 18 ans pour l'enfant placé en apprentissage ou de moins de 20 ans pour l'enfant qui poursuit ses études ou qui est infirme ou atteint d'une maladie incurable.

Lorsque, pour un même allocataire, le nombre des enfants ouvrant droit aux allocations familiales est supérieur à la limite fixée, les enfants pris en compte par la Caisse pour le paiement des allocations familiales sont les enfants pris dans l'ordre d'âge croissant en commençant par le plus jeune, et ce quel que soit le rang de l'épouse en cas de pluralité de mères ou la légitimité de l'enfant.

Pour leurs enfants naturels reconnus pour lesquels le bénéfice des prestations familiales est accordé en vertu de l'article 81 du code de la sécurité sociale, les salariés doivent joindre à leur demande d'allocations familiales, outre les pièces prévues par l'article 164 du présent décret, un certificat d'éducation et d'entretien délivré par une assistante sociale de la Caisse, ou, à défaut, par l'autorité administrative compétente, attestant que l'enfant est à la charge effective de l'allocataire et vit sous son toit.

Pour les enfants d'âge scolaire, le droit aux allocations familiales est subordonné à l'inscription dans un établissement scolaire et à l'assistance régulière aux cours de l'établissement.

Les allocations familiales sont maintenues pendant les périodes de vacances scolaires, y compris les vacances qui suivent la fin de la scolarité et l'interruption d'études ou d'apprentissage pour cause de maladie, dans la limite d'une année à partir de l'interruption.

L'attribution des bourses d'enseignement ou d'apprentissage ne fait pas obstacle à l'attribution des allocations familiales, sauf lorsque le boursier bénéficie d'une bourse entière d'entretien et que l'apprenti reçoit une rémunération au moins égale à la moitié du salaire minimum interprofessionnel garanti le plus élevé.

ARTICLE 168 : Le paiement des allocations familiales est subordonné à :

- un minimum de travail et de rémunération mensuelle dans les conditions fixées aux articles 155 et 156 du présent décret ;
- l'inscription des enfants aux registres de l'état civil dans le délai légal qui suit la naissance ;
- la consultation annuelle de l'enfant jusqu'à l'âge où il est suivi par le service médical scolaire ;

- l'assistance régulière des enfants d'âge scolaire aux cours des écoles ou établissements d'éducation ou de formation professionnelle, sauf impossibilité certifiée par les autorités compétentes ; les absences sans motifs légitimes ne doivent pas être supérieures à 5 jours par mois.

ARTICLE 169 : La perception des allocations familiales est soumise aux formalités ci-après :

- au premier janvier de l'année en ce qui concerne les allocataires ayant déjà perçu des allocations familiales au titre du dernier trimestre de l'année civile précédente, ou à partir du premier jour du mois qui suit celui pour lequel ils remplissent les conditions d'ouverture du droit aux allocations familiales, les demandeurs devront présenter les pièces suivantes :

- certificat de vie et d'entretien pour chacun des enfants ouvrant droit aux allocations familiales ou certificat de présentation délivré par un centre médico-social de la Caisse ;

- certificat d'examen médical annuel pour les enfants n'ayant pas atteint l'âge scolaire ;

- certificat d'assiduité dans un établissement scolaire pour les enfants d'âge scolaire relatif au dernier trimestre de l'année civile ou, pour les nouveaux allocataires, du dernier trimestre précédant la date de la demande ;

. s'il y a lieu, certificat d'apprentissage et certificat d'assiduité à l'apprentissage contrôlé par la Caisse ou certificat d'infirmité ou de maladie incurable délivré par le médecin traitant de l'établissement où l'enfant est hospitalisé ;

- présentation au début de chaque trimestre d'une attestation de présence du travailleur relative au trimestre écoulé, délivrée par l'employeur ou des bulletins de paie du travailleur

ARTICLE 170 : Toute nouvelle naissance et tout décès doivent être immédiatement signalés à la Caisse avec justification par la présentation de l'acte de naissance ou d'un extrait d'acte de naissance ou de l'acte de décès.

ARTICLE 171 : Les allocations familiales sont liquidées par mois et payables à terme échu et à intervalles réguliers de trois mois.

Elles sont liquidées d'après le nombre d'enfants à charge au premier jour du mois.

Les allocations familiales sont payées à partir du 1er jour du mois qui suit celui de la naissance de l'enfant ; en cas de décès, elles sont dues pour le mois entier du décès.

ARTICLE 172 : Les allocations familiales sont, en principe, payées à la personne qui assure la charge effective et permanente de l'enfant en application de l'article 103 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE 4 : INDEMNITES DE MATERNITE DES FEMMES SALARIEES.

ARTICLE 173 : L'indemnité journalière prévue aux articles 105 à 107 du code de la sécurité sociale est versée à la femme salariée pour la durée de l'arrêt du travail dans les limites de six semaines avant et huit semaines après l'accouchement. Toutefois, si l'accouchement a lieu après la date qui était prévue selon le certificat du médecin, le congé pris antérieurement est dans ce cas prolongé et indemnisé jusqu'à la date effective de l'accouchement.

ARTICLE 174 : Pour bénéficier de cette indemnité, la femme salariée doit :

- justifier de sa qualité de salariée dans les conditions définies aux articles 155 et 156 du présent décret ;

- faire constater son état par un médecin ou une sage-femme et transmettre à la Caisse le certificat d'examen délivré ;

- suspendre effectivement l'exercice de sa profession, la preuve de cette suspension étant, produite par l'attestation de son employeur précisant la date d'arrêt de travail ;

- produire une attestation de l'employeur qu'elle est maintenue en demi-salaire pendant ladite période ;

- justifier du salaire effectivement perçu lors de la cessation du travail par la transmission à la Caisse du dernier bulletin de paie ou de toute autre attestation délivrée par l'employeur.

ARTICLE 175 : L'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire journalière plafonné soumis à cotisations défini à l'alinéa 2 ci-dessous.

Le salaire journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière est égal :

- au 1/30 du montant des salaires mensuels plafonnés perçus à l'occasion de la dernière paie ;

- au 1/30 de la moyenne mensuelle plafonnée du montant des salaires perçus dans les douze mois précédant la suspension du travail lorsque la rémunération des services est constituée en totalité ou en partie par des commissions ou des primes et prestations diverses non représentatives de frais.

L'indemnité journalière est liquidée au prorata du nombre de jours ouvrables et non ouvrables pendant lesquels le travail a été effectivement suspendu et payée selon la demande de l'intéressée, soit à l'expiration de chaque mois, soit au terme des périodes antérieures et postérieures à l'accouchement, sur présentation d'un certificat d'absence du travail délivré par l'employeur.

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

ARTICLE 176 : L'employeur qui maintient intégralement son salaire à la femme salariée pendant la période de repos légal des couches, est subrogé de plein droit à l'intéressée dans les droits de celle-ci aux indemnités journalières qui lui sont dues par la Caisse dans les conditions suivantes :

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

- l'intéressée ne doit pas avoir perçu au préalable ses indemnités journalières.

ARTICLE 177 : Dans le cas d'un repos supplémentaire justifié par la maladie résultant de la grossesse ou des couches, l'arrêt de travail peut être prolongé jusqu'à concurrence de trois semaines.

L'indemnité journalière continue à être due pendant cette période, sous réserve d'une demande adressée à la Caisse accompagnée :

- d'un certificat médical constatant l'incapacité à reprendre le travail à l'expiration de la période de six semaines suivant les couches et établissant que cette incapacité résulte de maladie consécutive à la grossesse ou aux couches ;

- d'une attestation de son employeur que le travail n'a pas été repris à l'expiration de la période de six semaines.

ARTICLE 178 : Le repos de la femme salariée en couches est soumis au contrôle des agents du service médico-social de la Caisse qui s'assureront qu'elle a observé tout le repos effectif compatible avec les exigences de la vie domestique pendant les périodes de repos prénatal et postnatal.

TITRE 7 : MALADIE

ARTICLE 179 : Pour bénéficier des prestations de maladie prévues au titre 6 du code de la sécurité sociale, le travailleur assuré ou l'un de ses ayants droit doit demander la délivrance d'une feuille de maladie.

- soit à un agent de la Caisse, le guichetier, placé auprès de formations sanitaires publiques ou privées ;

- soit au correspondant agréé, s'il en existe, de l'entreprise ou l'assuré est employé ;

- soit directement au service maladie de la Caisse.

Doivent être présentées à cet effet :

- le livret d'assurance ;

- les trois derniers bulletins de salaire de l'assuré.

La demande de la délivrance de la feuille de maladie doit être faite, sous peine de déchéance du droit aux remboursements dans les trois jours au plus qui suivent le huitième jour de la première constatation de la maladie ou le premier jour pour les maladies longues ou coutueuses.

Sont considérées comme maladies longues ou coûteuses les maladies suivantes :

tuberculose, variole, rougeole, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, peste, typhus exanthématique, cholera, érysipèle, tétanos.

et toutes autres maladies considérées comme longues ou coûteuses par décret pris sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale après avis du ministre de la santé.

ARTICLE 180 : L'agent compétent visé à l'article 179 ci-dessus délivre au demandeur une feuille de maladie dûment visée après vérification de l'identité et des droits du demandeur.

Muni de la feuille de maladie, le demandeur doit se présenter devant le médecin traitant.

ARTICLE 181 : Le médecin traitant remet au malade :

- soit un bon de fournitures pharmaceutiques ;
- soit une feuille d'examen de laboratoire ou de radiologie ;
- soit une feuille d'hospitalisation ;
- soit une feuille de traitement paramédical.

ARTICLE 182 : Si un bon de fournitures pharmaceutiques est immédiatement délivré le demandeur doit le présenter pour visé à l'agent compétent qui a visé la feuille de maladie. Ne peuvent figurer sur le bon de fournitures pharmaceutiques admises à remboursement, que trois médicaments au plus, figurant sur la liste des médicaments essentiels visés à l'article 115 du code de la sécurité sociale.

Au vu du bon de fournitures pharmaceutiques dûment visé, le pharmacien délivre les médicaments prescrits, sans autre paiement par le demandeur que le montant du ticket modérateur de 30 % et sans aucun paiement en cas de maladie longue ou coûteuse.

Les formalités indiquées à l'alinéa 2 de l'article 180 et aux alinéas 1 et 3 du présent article doivent être accomplies dans les huit jours de la délivrance de la feuille de maladie sous peine de forclusion.

ARTICLE 183 : Si le médecin traitant a remis au demandeur une feuille d'examen de laboratoire ou de radiologie, celle-ci doit être visée par l'agent compétent qui a délivré la feuille de maladie avant tout examen.

Muni des résultats des examens prescrits, le demandeur se présente à nouveau, dans les huit jours au plus, devant le médecin traitant en vue de la délivrance, s'il y a lieu, d'un bon de fournitures pharmaceutiques dûment rempli par le médecin traitant.

Le délai de huit jours prévu à l'alinéa 4 de l'article 182 précèdent court du jour de la remise du résultat des examens demandés.

ARTICLE 184 : Si une feuille d'hospitalisation est remise au demandeur par le médecin traitant, ce document doit être visé sans délai par l'agent compétent. Le malade dispose alors d'un délai de trois jours, sauf cas de force majeure, pour demander son hospitalisation.

Si l'hospitalisation a lieu dans une formation sanitaire publique, cette formation sanitaire doit adresser à la Caisse d'entrée et de sortie pour prise en compte.

Chaque année, en début d'exercice, le ministère de la santé calcule et fixe en liaison avec la Caisse le coût moyen d'une hospitalisation, compte tenu de tous les frais auxquels tous les malades, assurés et non assurés, ont donné lieu, amortissements du matériel compris, le cas échéant.

Ce coût moyen ne pourra pas toutefois excéder la limite maximum annuelle du montant des frais médicaux que la Caisse peut prendre en charge pour un même assuré, montant fixé en tant que de besoin par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Si l'hospitalisation a lieu dans une formation sanitaire privée, les remboursements ont lieu dans les conditions prévues dans la convention liant cette formation à la Caisse.

Les feuilles d'hospitalisation dûment remplies doivent être présentées par la formation sanitaire à la caisse dans le mois civil qui suit celui de la sortie du malade de l'hôpital sous peine de déchéance.

Les remboursements peuvent être forfaitaires par malade hospitalisé ou à l'acte selon ce qui a été arrêté par convention.

ARTICLE 185 : Si le médecin traitant a prévu des traitements paramédicaux tels que kinésithérapie ou rééducation fonctionnelle, une feuille de traitement paramédical est remise par le médecin traitant au malade.

Les procédures indiquées aux articles précédents sont applicables par analogie.

ARTICLE 186 : Les médecins, pharmaciens et autres prestataires se font rembourser par la Caisse dans la limite des 70 % des tarifs de responsabilité fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis du ministre de la santé ou par conventions avec la caisse. Les 30 % restants sont payés directement par le malade au médecin et au pharmacien ainsi qu'aux autres prestataires de soins.

La Caisse rembourse néanmoins à 100 % les frais de toute nature afférents au traitement d'une maladie longue ou coûteuse.

Les médecins, pharmaciens et autres prestataires de soins présentent les feuilles de maladie, les bons de fournitures pharmaceutiques ou les feuilles de traitement paramédical, dans le mois civil qui suit celui où a été fournie la prestation.

TITRE 8 : L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

ARTICLE 187 : L'action sanitaire et sociale dispose d'un budget propre, fixé par délibération du conseil d'administration de la Caisse et alimenté par des dotations des différentes branches de sécurité sociale.

ARTICLE 188 : L'action sanitaire et sociale s'exerce, en principe, dans les centres médico-sociaux de la caisse.

Toutefois, des conventions peuvent être conclues avec des formations sanitaires ou sociales, publiques ou privées, précisant notamment la nature et les tarifs de remboursement des différentes interventions de ces formations.

L'action sanitaire et sociale peut par ailleurs subventionner des mutuelles ou des formations socio-sanitaires privées concourant aux buts poursuivis par son action.

Un règlement intérieur du centre médico-social fixe après approbation du conseil d'administration de la Caisse, les conditions dans lesquelles sont fournies les prestations.

ARTICLE 189 : Les soins sont dispensés aux familles des travailleurs ainsi qu'aux assurés sur présentation du livret d'assurance ou d'une carte d'ayant droit avec photographies établie par le centre médico-social sur présentation du livret d'assurance.

Les soins peuvent être soit préventifs - consultations périodiques des nourrissons, vaccinations - soit curatifs.

ARTICLE 190 : Une liste des médicaments de base dont doit disposer un centre médico-social est fixée par le directeur général de la Caisse sur proposition du médecin-conseil.

Ne peuvent figurer sur cette liste que des médicaments de la liste des médicaments essentiels visés à l'article 114 du code de la sécurité sociale.

Ces médicaments sont délivrés aux assurés et à leur famille contre paiement d'un ticket modérateur fixé par le conseil d'administration de la Caisse.

Le stockage et la délivrance des médicaments donnent lieu à l'établissement d'une comptabilité matières rigoureuse tenue sous la responsabilité du médecin chef du centre médico-social.

Des statistiques trimestrielles sont établies selon un modèle établi par le directeur général sur proposition du médecin-conseil.

ARTICLE 191 : L'action sociale couvre deux volets :

- une action de prévention et d'éducation ;

- l'octroi de prestations en nature.

L'action de prévention et d'éducation consiste notamment en cours ou sessions de formation et d'information pour les mères de famille, dans des domaines tels que les soins à donner aux nourrissons, l'hygiène corporelle et alimentaire, l'éducation nutritionnelle, des cours de tricot et de couture.

L'octroi des prestations en nature consiste en la remise gratuite aux mères de famille pour les enfants des assurés, selon la périodicité et les conditions fixées par le programme d'action sanitaire et sociale, d'articles tels que layettes, vêtements d'enfants, lait ou farine.

TITRE 9 : DISPOSITIONS FINALES

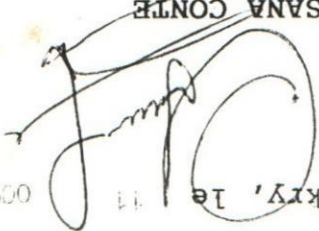
ARTICLE 192 : Les modalités d'application du présent décret font l'objet d'arrêtes du ministre chargé de la sécurité sociale.

ARTICLE 193 : Les auteurs d'infractions aux dispositions du présent décret sont punis des peines prévues aux articles 126 à 130 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 194 : Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret.

ARTICLE 195 : Le ministre chargé de la sécurité sociale est chargé de l'application du présent décret qui sera publié au Journal officiel de la République de Guinée.

Conakry, le 11 OCTOBRE 1994



LANSANA CONTE