
**24 juin 2003. – ORDONNANCE MINISTÉRIELLE
n° 660/874 — Fixation du taux de cotisation du régime des pensions.**

(B.O.B., 2003, n° 6bis, p. 318)

Article 1

Le taux de cotisation du régime des pensions est fixé à six virgule cinq pour cent (6,5%) dont trois virgule neuf pour cent (3,9%) à charge de l'employeur et deux virgule six pour cent (2,6%) à charge du travailleur.

Article 2

Pour la catégorie des assurés oeuvrant dans des conditions particulièrement dures et pénibles, le taux de cotisation supplémentaires du régime des pensions est fixé à trois pour cent (3%) dont un virgule huit pour cent (1,8%) à charge de l'employeur et un virgule deux pour cent (1,2%) à charge du travailleur.

Article 3

Toutes dispositions antérieures contraires à la présente ordonnance sont abrogées.

Article 4

La présente ordonnance entre en vigueur le premier janvier 2003.

**24 juin 2003. – ORDONNANCE MINISTÉRIELLE
n° 660/875 — Fixation des pourcentages alloués à chaque ayant-droit en cas de liquidation des pensions et rentes de survivants.**

(B.O.B., 2003, n° 6bis, p. 318)

Article 1

Les pensions de survivants sont calculées en pourcentage de la pension de vieillesse ou d'invalidité ou de la pension anticipée à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit à la date de son décès à raison de:

- a) 50 pour cent pour le conjoint survivant;
- b) 40 pour cent pour chaque orphelin de père et de mère;
- c) 25 pour cent pour chaque orphelin de père ou de mère;
- d) 25 pour cent pour chaque ascendant direct.

Le montant total des pensions de survivants ne peut toutefois dépasser le montant de la pension de vieillesse à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit, si non elles sont réduites proportionnellement.

Article 2

Le montant de l'allocation de survivants est calculé en fonction des pourcentages prévus à l'article précédent de l'allocation de vieillesse à laquelle l'assuré aurait pu prétendre s'il avait atteint l'âge de la retraite au moment du décès.

Article 3

Les rentes de survivants sont calculés en pourcentage de la rémunération servant de base de calcul de la rente d'incapacité permanente à raison de:

- a) 50 pour cent pour le conjoint survivant;
- b) 40 pour cent pour chaque orphelin de père et de mère;
- c) 20 pour cent pour chaque orphelin de père ou de mère;
- d) 20 pour cent pour ascendant direct.

Le montant total des rentes de survivants ne peut toutefois dépasser le montant de la rente d'incapacité permanente totale à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit, si non elles sont réduites proportionnellement. Cette réduction est définitive.

Article 4

Toutes dispositions antérieures contraires à la présente ordonnance sont abrogées.

Article 5

La présente ordonnance entre en vigueur le premier janvier 2003.

**24 juin 2003. – ORDONNANCE MINISTÉRIELLE
n° 660/876 — Fixation du taux de cotisation du régime des risques professionnels.**

(B.O.B., 2003, n° 6bis, p. 318)

Article 1

Le taux de cotisation du régime des risques professionnels est fixé à trois pour cent (3%) et est à charge exclusive de l'employeur.

Article 2

Toutes dispositions antérieures contraires à la présente ordonnance sont abrogées.

Article 3

La présente ordonnance entre en vigueur le premier avril 2003.

**29 juillet 2005. – ORDONNANCE MINISTÉRIELLE
n° 660/1010 Détermination des conditions requises pour créer un organisme d'assurance-maladie-maternité au sein du secteur privé structuré.**

(B.O.B., 2005, n° 7, p. 9)

CHAPITRE I

DES CONDITIONS DE CRÉATION

Article 1

Tout organisme d'assurance-maladie-maternité au sein du secteur privé structuré peut être créé par toute personne morale de droit privé, seule ou en association.

Article 2

La requête en autorisation de fonctionnement de tout organisme d'assurance-maladie-maternité au sein du secteur privé structuré, doit être adressée, au Ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions par le représentant légal de l'organisme en création.

La requête doit être accompagnée des documents suivants:

1. Une copie des statuts notariés de l'organisme relatifs:

- a) à la qualité juridique du promoteur;
- b) au champ d'application avec la liste et la qualité des membres adhérents;
- c) à l'organisation administrative, financière et comptable;
- d) aux risques à couvrir et aux prestations à servir ainsi qu'aux conditions de leur service et de leur prise en charge.

2. Une copie du procès-verbal de la réunion de l'Assemblée Générale Constitutive contenant:

a. la nomination des organes sociaux (Conseil d'Administration, comité de recours gracieux, collège des commissaires aux comptes et directeur général) de l'organisme;

b. le montant de la dotation initiale comprenant une réserve de sécurité et un fonds de roulement;

c. le taux de cotisation de l'assuré social et le taux du ticket modérateur.

3. Un plan comptable de l'organisme conforme à l'organisation comptable prévue par la loi n° 1/002 du 29 février 2000 portant institution d'un régime d'assurance-maladie-maternité pour le secteur privé structuré.

4. un compte d'exploitation prévisionnelle sur au moins cinq ans.

Article 3

La dotation initiale doit être intégralement libérée à la date de démarrage de l'organisme et ne peut être inférieure au montant de la réserve de sécurité et du fonds de roulement qui est déterminé par le compte d'exploitation prévisionnelle.

Article 4

L'ordonnance portant autorisation de fonctionnement doit intervenir au plus tard dans les trois mois suivant la réception de la requête contenant les documents exigés à l'article 2 ci-dessus, après vérification de la conformité. Le refus d'autorisation doit être motivé. Passé ce délai, le représentant légal de l'organisme dispose d'un droit de recours auprès de la cour administrative.

CHAPITRE II

DU FONCTIONNEMENT

Article 5

1. Tout organisme d'assurance-maladie-maternité au sein du secteur privé structuré fonctionne sous la surveillance de l'Etat.

2. Dans ce cadre, le Ministère ayant la sécurité sociale dans ses attributions assure le contrôle des tarifs ou des taux appliqués en recettes comme en dépenses, de la comptabilité, de la fiscalité, de la réserve de sécurité et du fonds de roulement.

3. Pour ce faire, tout organisme est tenu de transmettre un rapport annuel d'activités au Ministère ayant la sécurité sociale dans ses attributions et ce dernier doit donner ses avis et considérations au plus tard dans les trente jours suivant la réception du rapport.

Article 6

Les ressources de tout organisme ne peuvent être utilisées qu'aux fins prévues par ses statuts et pour couvrir les frais de son fonctionnement.

A ce titre, les dépenses de tout organisme sont constituées par:

- le paiement des prestations;
- les frais de fonctionnement;
- les dépenses d'investissement;
- les taxes, contributions, impôts et charges sociales légalement dues, sous réserve d'une exonération expresse prévue par une loi.

Article 7

Tout organisme est tenu de faire effectuer une étude actuarielle tous les trois ans ainsi qu'un audit externe et interne chaque année.

CHAPITRE III

DE LA GARANTIE, DE LA LIQUIDATION ET DU TRANSFERT DES CONTRATS D'ASSURANCE ET DU PORTEFEUILLE

Article 8

Le paiement des prestations aux assurés sociaux et aux bénéficiaires d'assurance est garanti par un privilège spécial sur les bien

meubles et immeubles de l'organisme qui prend rang immédiatement après celui des salaires et du trésor.

Article 9

Tout organisme peut être mis en liquidation pour cause de:

- dissolution volontaire des sociétaires prévues dans les statuts de l'organisme;
- faillite.

Article 10

La dissolution volontaire est prononcée par l'assemblée générale des sociétaires conformément aux statuts de l'organisme.

Article 11

La faillite de tout organisme est prononcée par un jugement du Tribunal de Commerce, à la requête de toute personne intéressée, de droit privé ou de droit public.

Article 12

En cas de liquidation, les contrats d'assurance en cours sont soit résiliés, soit transférés à tout autre organisme d'assurance-maladie-maternité.

Article 13

Dans le cas de résiliation, l'assuré continue à être couvert pendant un délai fixé par les statuts de l'organisme.

Article 14

La décision de transfert des contrats doit être acceptée au préalable par l'assuré, sinon il y a résiliation et signature éventuelle d'un autre contrat avec un nouvel organisme d'assurance-maladie-maternité.

Article 15

La décision de transfert de portefeuille ou de cession de l'ensemble des contrats d'assurance doit être acceptée au préalable par les assurés. Dans ce cas, l'organisme-cessionnaire succède aux droits et obligations de l'organisme cédant.

Article 16

Lorsque le transfert est approuvé, il est opposable aux assurés et bénéficiaires ainsi qu'aux créanciers.

CHAPITRE IV

DES DISPOSITIONS FINALES

Article 17

Les dispositions antérieures contraires à la présente ordonnance sont abrogées.

Article 18

La présente ordonnance entre en vigueur le jour de sa signature.

**25 août 2005. – ORDONNANCE MINISTÉRIELLE
n° 660/318/CAB/2005 — Autorisation de fonctionne-
ment de la mutuelle de santé du Burundi «musabu»,
organisme d'assurance-maladie-maternité au sein
du secteur privé structuré.**

(*inédit*)

Article unique

La Mutuelle de Santé du Burundi «MUSABU» organisme d'assurance-maladie-maternité au sein du secteur privé structuré, est autorisée à fonctionner à partir du 1^{er} octobre 2005.