

Accueil > Textes non codifiés > Ordonnance

Ordonnance n. 4.739 du 22/06/1971 fixant le régime des prestations dues aux salariés, en vertu de l'ordonnance-loi n° 397 du 27 septembre 1944, en cas de maladie, accident, maternité, invalidité et décès

Vu l'ordonnance-loi n° 397 du 27 septembre 1944 portant création d'une caisse de compensation des services sociaux :

Vu Notre ordonnance n° 92 du 7 novembre 1949 modifiant et codifiant les ordonnances d'application de l'ordonnance-loi n° 397 du 27 septembre 1944, susvisée, modifiée par Nos ordonnances n° 390 du 13 avril 1951, n° 928 du 27 février 1954, n° 992 du 24 juillet 1954, n° 1.844 et n° 1.847 du 7 août 1958, n° 2.543 du 9 juin 1961, n° 2.951 du 22 janvier 1963, n° 3.265 du 24 décembre 1964, n° 3.520 du 26 mars 1966 et n° 4.200 du 10 janvier 1969 :

Article 1er .- La présente ordonnance détermine les conditions dans lesquelles sont attribuées et servies les prestations garanties, par l'ordonnance-loi n° 397 du 27 septembre 1944, aux salariés régulièrement admis à travailler à Monaco et à leurs ayants droit, en cas de maladie ou d'accident autre que maladie professionnelle ou accident du travail, de maternité, d'invalidité et de décès.

Titre - I Dispositions communes aux divers types de prestations

Article 2 .- Les prestations visées à l'article premier sont destinées à assurer :

- les unes, dites prestations en nature, une participation aux frais de traitement ;
- les autres, dites prestations en espèces, une indemnisation pour perte de salaire ;

lorsque ces frais ou cette perte sont médicalement motivés.

Article 3 .- Le service des prestations incombe, sous réserve des dispositions relatives à la coordination des services sociaux prévues par Notre ordonnance n° 1.923 du 16 mai 1959, à la caisse de compensation des services sociaux pour les salariés des employeurs affiliés à cet organisme et, pour le personnel de l'employeur dispensé de cette affiliation, au service particulier agréé de services sociaux créé par cet employeur.

Article 4 .- L'ouverture du droit aux prestations est subordonnée à la double condition que le salarié justifie :

- * 1° d'une immatriculation à la caisse de compensation,
- * 2° d'un nombre minimum d'heures de travail, au cours d'une période prise en considération à titre de référence.

Cette période, le minimum d'heures de travail et la durée minimale d'immatriculation prévus à l'alinéa précédent sont fixés, pour chaque type de prestations, par les dispositions du titre suivant de la présente ordonnance.

Article 5 .- L'immatriculation prend effet à la date de l'embauchage ; elle ne peut, cependant, rétroagir à une date antérieure à celle du dépôt de la demande au bureau de la main d'œuvre et des emplois.

Article 6 .- (*Ordonnance n° 5.087 du 30 janvier 1973 ; Ordonnance n° 7.314 du 8 mars 1982*)

L'immatriculation à la caisse de compensation cesse de produire effet :

- * 1° Lorsque le contrat de travail en vertu duquel elle est intervenue cesse lui-même de produire effet par suite de licenciements ou de la survenance du terme préfixé, l'immatriculation demeurant valable pendant les périodes indemnisées au titre du délai congé, du congé payé et de la perte momentanée et involontaire d'emploi.
- * 2° lorsque l'exécution dudit contrat est suspendue pour quelque cause que ce soit à l'exception :

* a) Des causes d'interruption de travail ouvrant droit aux prestations en espèces définies par la présente ordonnance ou aux indemnités journalières exigibles en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ainsi que des causes d'interruption de travail due à la maladie non indemnisée dans les conditions visées au troisième alinéa 9 ci-après.

* b) des congés sans solde de durée non supérieure à un mois, à la condition qu'ils aient fait l'objet d'une déclaration préalable à la caisse par l'employeur ;

* c) des causes d'interruption de travail résultant de conflits collectifs ;

* d) de la fermeture de l'établissement employeur à la disposition duquel reste l'intéressé.

Article 7 .- Est considéré comme mois valable, en vue de la computation des périodes d'immatriculation requises pour l'ouverture du droit aux prestations, tout mois civil au cours duquel l'immatriculation a produit effet pour quoique durée que ce soit.

Article 8 .- *(Modifié par l'ordonnance n° 1.946 du 7 novembre 2008)*

Pour être prises en considération en vue de l'ouverture du droit aux prestations les heures de travail doivent être accomplies au cours d'une période d'immatriculation à la caisse de compensation et régulièrement déclarées à cette dernière.

Dans le cas où l'inexécution ou l'observation tardive des obligations de l'employeur, relatives à l'immatriculation des salariés, a pour conséquence de priver le salarié des prestations auxquelles son travail lui aurait ouvert droit, la Caisse assurera au salarié l'avance desdites prestations et en poursuivra le recouvrement à l'encontre de l'employeur.

La détermination des heures de travail accomplies antérieurement à l'immatriculation s'effectuera au vu des déclarations de salaires établies par l'employeur, sur la base de la durée d'activité portée sur la demande d'autorisation d'embauchage ou sur tout élément probant.

Article 9 .- *(Ordonnance n° 8.173 du 24 décembre 1984)*

Pour la détermination du nombre minimum d'heures de travail visé au chiffre 2 de l'article 4 et au premier alinéa de l'article précédent, est assimilée à six heures de travail salarié :

* 1° chaque journée ouvrant droit aux prestations en espèces prévues par la présente ordonnance ;

* 2° chaque journée d'interruption de travail à la maladie non indemnisée soit parce qu'elle est comprise dans les trois premiers jours de l'incapacité de travail, à condition que cette incapacité ait donné lieu par la suite à l'attribution d'indemnités journalières soit parce que le salarié a épuisé ses droits à indemnisation tels que définis aux articles 29 et suivants à condition que l'incapacité physique de reprendre ou de continuer le travail soit reconnue médicalement motivée ;

* 3° chaque journée d'incapacité temporaire totale, ou comprise dans une période d'incapacité permanente d'au moins 66 % donnant lieu au versement des indemnités journalières ou des rentes prévues en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

* 4° chaque journée de stage effectué dans un établissement de rééducation, conformément aux dispositions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles par le titulaire d'une rente, quel que soit le taux de l'incapacité à laquelle correspond cette rente ;

* 5° chaque journée de chômage involontaire indemnisée (soit en vertu des dispositions légales ou réglementaires, soit en vertu de dispositions internes aux entreprises n'entrant pas dans le champ d'application desdites dispositions légales ou réglementaires) ;

* 6° chaque journée de congé attribuée en application de la loi n° 898 du 15 décembre 1970 , pour favoriser l'éducation ouvrière et la formation syndicale ;

* 7° *(7° créé par l'ordonnance n° 574 du 29 juin 2006)*

chaque journée d'interruption de travail indemnisée au titre du congé de paternité ;

* 8° (8° créé par l'ordonnance n° 2.291 du 28 juillet 2009)

chaque journée d'interruption de travail indemnisée au titre du congé d'adoption.

Article 10 .- (Abrogé par l'ordonnance n° 13.874 du 4 février 1999).

Article 11 .- (Ordonnance n° 7.645 du 23 mars 1983)

Le droit aux prestations prévues en cas de maladie, maternité ou décès s'éteint à l'expiration des trente jours qui suivent la date à laquelle l'immatriculation du salarié cesse de produire effet, ou la date à laquelle l'ayant droit perd cette qualité, à l'exception :

* 1° des cas où une prise en charge est accordée pour une durée supérieure ;

* 2° des prestations en nature dues pour des soins qui se rattachent à un traitement prescrit avant l'expiration de ce délai.

Les prestations en cours de service au moment où le droit vient à expiration cessent d'être servies au terme du délai fixé à l'alinéa précédent, sauf si l'on se trouve dans l'un des deux cas ci-dessus.

Par dérogations aux dispositions de l'alinéa premier les droits aux prestations prévues en cas de maladie ou de maternité en faveur des ayants droit du salarié décédé, ainsi que le service desdites prestations, sont maintenus pendant un délai de six mois à compter du décès, à condition que les bénéficiaires résident à Monaco ou dans les communes limitrophes et ne puissent prétendre à quelque titre que ce soit à de telles prestations au regard d'un autre organisme ou service particulier agréé. Ce délai est prolongé dans les mêmes conditions que celui de l'alinéa premier.

La durée de validité d'un accord de prise en charge ne peut excéder trois mois.

Article 11 bis .- (Ordonnance n° 15.015 du 11 septembre 2001)

En vue de l'application des articles 6 et 11, l'employeur est tenu de déclarer à la Caisse de compensation des services sociaux toute sortie d'un salarié de ses effectifs dans les sept jours suivant la date de cessation d'activité de ce dernier.

La date de cessation d'activité à retenir au sens et aux effets de l'alinéa précédent correspond à la date théorique de fin des congés payés terminaux, faisant suite le cas échéant à la période de préavis, ce, même si le préavis n'est pas effectué et les congés payés terminaux non pris.

Dans le cas où l'inexécution de l'obligation de déclaration instituée par le présent article a pour effet de faire bénéficier de prestations indues le salarié dont la fin d'activité n'a pas été notifiée, l'employeur sera tenu de rembourser à la Caisse de compensation des services sociaux les montants ainsi avancés par elle-ci, déduction faite, le cas échéant, des sommes dont elle aura obtenu le règlement de la part du régime obligatoire de prestations sociales auquel aurait dû incomber le versement des prestations.

Article 12 .- Le retard dans l'accomplissement ou le défaut d'accomplissement des formalités requises pour obtenir le service des prestations sont sanctionnés par l'application de pénalités fixées par le règlement intérieur de la caisse de compensation des services sociaux.

Titre - II Dispositions particulières à chaque type de prestation

Chapitre - Ier Prestations prévues en cas de maladie ou d'accident autres que maladie professionnelle et accident du travail

Section - I Conditions d'ouverture du droit aux prestations

Article 13 .- La situation du salarié au regard des conditions définies à la présente section est appréciée :

* a) pour l'ouverture du droit aux prestations en nature, à la date du premier acte médical figurant sur chaque feuille de soins ;

* b) (b remplacé par l'ordonnance n° 16.728 du 5 avril 2005)

pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces, à la date du premier jour de chaque interruption de travail.

Article 14 .- (Ordonnance n° 5.087 du 30 janvier 1973)

L'ouverture du droit aux prestations en nature prévues à la section III du présent chapitre est subordonnée à la double condition que le salarié justifie, à la date de référence à l'alinéa a) de l'article précédent :

- * 1° d'une immatriculation produisant effet,
- * 2° . — D'une durée minimale de travail soit de 200 heures accomplies au cours du trimestre civil ou des trois derniers mois ou de 120 heures effectuées pendant le mois civil précédent ou les trente derniers jours.

Article 15 .- (Ordonnance n° 5.087 du 30 janvier 1973 ; remplacé par l'ordonnance n° 4.021 du 9 novembre 2012)

Pour avoir droit aux prestations en espèces prévues à la section IV du présent chapitre, le salarié doit justifier d'une immatriculation produisant effet et de la durée minimale de travail prévue sous le chiffre 2 de l'article précédent.

Section - II Bénéficiaires

Article 16 .- (Ordonnance n° 13.874 du 4 février 1999)

Le salarié qui satisfait aux conditions fixées aux articles 14 et 15 a droit aux prestations en nature et aux prestations en espèces définies aux sections suivantes du présent chapitre.

Il ouvre droit aux prestations en nature au bénéfice de son conjoint et de ses enfants s'il remplit, en outre, les conditions prévues par la législation fixant le régime des prestations familiales pour avoir la qualité de chef de foyer.

Toutefois lorsque le chef de foyer a acquis cette qualité en application de l'article 5 ter de Notre ordonnance n° 1.447 du 28 décembre 1956 . le droit aux prestations en nature en faveur des enfants ne s'ouvre que si le chef de foyer à titre principal ne peut faire valoir un droit identique auprès d'un autre régime de prestations médicales.

Article 17 .- (Ordonnance n° 10.256 du 8 août 1991)

Pour être admis au bénéfice des prestations en nature en vertu des dispositions du second alinéa de l'article 16, l'enfant doit :

- * 1° résider habituellement à Monaco ou sur le territoire du département français limitrophe, ou à défaut, que son éloignement soit justifié par l'une des causes prévues à l'article 5 de la loi n° 595 du 15 juillet 1954 ;
- * 2° remplir les autres conditions prévues par la loi n° 595 du 15 juillet 1954 , susvisée, pour avoir la qualité d'enfant à charge.

Article 18 .- Est exclu du bénéfice des prestations en nature du chef du conjoint salarié l'épouse ou l'époux qui :

- exerce une activité professionnelle non salariée,
- participe à l'activité professionnelle non salariée exercée par son conjoint parallèlement à une activité salariée,
- peut faire valoir un droit personnel et direct à des prestations analogues au regard d'un organisme autre que celui auquel est immatriculé le conjoint,
- ne réside pas habituellement à Monaco ou sur le territoire du département français limitrophe.

Section - III Prestations en nature

Sous-section - 1 Étendue du droit

Article 19 .- Les prestations en nature s'étendent au remboursement. dans les conditions et suivant les modalités ci-après définies, des frais ;

- de médecine générale et spéciale, y compris les interventions chirurgicales et celles pratiquées par les auxiliaires médicaux,
- d'analyses et d'examens de laboratoire,
- de pharmacie,
- d'orthopédie,
- d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure,
- de séjour dans les maisons de convalescence ou de repos,
- de soins et de prothèse dentaires,
- et de transports nécessités par le traitement du malade.

Article 20 .- Le bénéficiaire des prestations a, sur les territoires de la Principauté de Monaco et du département français limitrophe, le libre choix du praticien et du pharmacien parmi ceux inscrits au tableau de leur ordre ou collège, ainsi que de l'établissement de soins, de la maison de convalescence ou de repos, et du fournisseur d'appareils de prothèse, parmi ceux régulièrement agréés.

Le choix effectué hors de ces territoires est soumis à l'accord préalable de la caisse de compensation des services sociaux, sauf urgence médicalement constatée.

Article 21 .- Les soins et fournitures auxquels les frais visés à l'article 19 peuvent correspondre, les conditions dans lesquelles ces frais doivent être engagés pour ouvrir droit au remboursement, ainsi que le régime des cures thermales, seront déterminés par arrêté ministériel.

Sous-section - 2 Durée du droit

Article 22 .- (*Ordonnance n° 13.874 du 4 février 1999*)

Les prestations en nature sont attribuées sans limitation de durée si le salarié remplit, à la date des soins dont le remboursement est demandé, les conditions fixées au premier alinéa de l'article 14.

Article 23 .- En cas d'affection nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, au sens des dispositions prévues sous le chiffre 3 de l'article 25, et en cas d'affection entraînant, pour une durée continue supérieure à 6 mois, des soins ou une interruption de travail, la caisse de compensation doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du malade conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil, en vue de déterminer le traitement que l'intéressé doit suivre.

La continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

- * 1° de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil et, en cas de désaccord entre eux, par un expert de leur choix, ou à défaut, désigné par le directeur de l'action sanitaire et sociale ;
- * 2° de se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse de compensation des services sociaux ;
- * 3° de s'abstenir de toute activité non autorisée médicalement ;
- * 4° d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus après une mise en demeure faite par lettre recommandée, le service des prestations peut être réduit, suspendu ou supprimé.

Sous-section - 3 Montant du droit

Article 24 .- I (I remplacé par l'ordonnance n° 16.728 du 5 avril 2005)

. – La valeur des prestations en nature est déterminée par un tarif qui fixe, sous réserve des dispositions prévues à l'article 25, le montant des remboursements dus aux salariés par la Caisse de compensation des services sociaux.

Ce tarif d'autorité prend pour base :

- pour les honoraires des praticiens : le tarif fixé par arrêté ministériel ;

- pour les frais pharmaceutiques et de fournitures orthopédiques : le prix homologué des produits majoré, le cas échéant, de l'indemnité de garde dans les conditions fixées par arrêté ministériel ;

- pour les frais de séjour en établissement de soins publics : le prix de journée homologué ;

- pour les frais de séjour en clinique :
 - * lorsque ceux-ci sont facturés au prix de journée : le prix de journée homologué pour l'établissement, la base de remboursement du total des frais de séjour et prestations ou produits sanitaires facturés hors honoraires étant limitée au produit du nombre de jours d'hospitalisation par le prix de journée en secteur hospitalier public à l'Hôpital de Monaco ;

 - * lorsque ceux-ci sont facturés sur la base d'une tarification à l'activité : le forfait homologué pour le groupe homogène de séjours concerné, éventuellement minoré ou majoré en fonction des durées de séjour et des coefficients modificateurs agréés pour l'établissement ;

- pour les frais de séjour dans une clinique psychiatrique, un établissement de long séjour, de convalescence de réadaptation fonctionnelle, de soins de suite, de régime, de traitement de la tuberculose, ou une maison d'enfants à caractère sanitaire : le prix homologué pour l'établissement ;

- - pour les produits sanitaires : le tarif homologué.

Il laisse à la charge du bénéficiaire des prestations, sauf dans les cas prévus à l'article 25, une participation minimale, dite ticket modérateur, dont il fixe le montant en déterminant celui du remboursement par application d'un pourcentage aux prix de base ci-dessus visés ; il peut, en outre, prévoir un minimum à partir duquel les remboursements sont dus.

II. – La caisse de compensation des services sociaux peut conclure des accords avec les représentants qualifiés des praticiens, pharmaciens, directeurs d'établissements, fournisseurs et prestataires de services visés à l'article 20, à l'effet de fixer un tarif maximum d'honoraires ou de prix à appliquer aux bénéficiaires de prestations. La mise en vigueur de ces accords est soumise à l'autorisation préalable du Ministre d'État.

À défaut de tels accords un tarif maximum d'honoraires ou de prix à appliquer aux bénéficiaires de prestations, ainsi que ses conditions d'application, peuvent être fixés et déterminés par une convention type établie par arrêté ministériel et à soumettre à l'adhésion individuelle des personnes visées au 1er alinéa.

Ces accords ou ces conventions types peuvent prévoir, en matière d'honoraires, plusieurs tarifs maxima respectivement applicables à différentes catégories de bénéficiaires de prestations ; ces catégories sont déterminées en fonction des gains professionnels.

Le tarif de remboursement est alors établi, compte tenu du « ticket modérateur » et éventuellement du minimum prévu à l'avant-dernier alinéa du précédent paragraphe, en prenant pour base :

- en matière de prix : le tarif conventionnel qui fixe leur montant,

- en matière d'honoraires, le tarif applicable à la catégorie la plus basse de bénéficiaires de prestations.

Article 25 .- La participation du bénéficiaire de prestations aux frais de traitement, prévue à l'avant-dernier alinéa du § 1er et au dernier alinéa du § 2 de l'article précédent peut être limitée ou supprimée dans les cas précisés, par arrêté ministériel et notamment :

- * 1° (1° remplacé par l'ordonnance n° 16.728 du 5 avril 2005)

lorsqu'une hospitalisation couvre une durée fixée par arrêté ministériel ;

* 1° bis (*1° bis créé par l'ordonnance n° 16.728 du 5 avril 2005*)

lorsqu'à l'occasion d'un acte médical ou d'un ensemble d'actes la dépense dépasse un montant qui sera fixé par arrêté ministériel.

* 2° lorsque la dépense correspond aux frais d'acquisition et de réparation d'un appareil orthopédique appartenant à une catégorie déterminée par arrêté ministériel ;

* 3° lorsque le bénéficiaire de prestations est atteint d'une affection nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement onéreuse, affection reconnue comme telle :

- soit de plein droit, par effet de son inscription sur une liste à établir par arrêté ministériel,
- soit par décision de la caisse sur avis motivé du médecin-conseil.

Article 26 .- En aucun cas le montant du remboursement ne peut excéder celui des frais exposés.

Article 27 .- (*Modifié par l'ordonnance n° 6.006 du 28 juillet 2016*)

La décision faisant application des dispositions prévues à l'article 25 intervient sur l'initiative de la Caisse ou bien à la demande du bénéficiaire lui-même, introduite, soit directement, soit par l'intermédiaire de son médecin-traitant.

Elle précise notamment, dans le cas visé sous le chiffre 3 de l'article 25, la durée pour laquelle elle est valable ; elle peut être renouvelée successivement aussi longtemps que la nécessité d'un traitement prolongé et d'une thérapeutique particulièrement onéreuse est reconnue par le médecin-conseil de la caisse.

Article 28 .- La décision statuant sur la suppression ou la limitation de la participation du bénéficiaire de prestations prévue à l'article 25 est notifiée à ce dernier.

Cette notification est faite par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception chaque fois qu'il s'agit d'une décision de refus.

Dans le cas où la suppression est demandée par le bénéficiaire de prestations, la caisse est tenue de répondre dans le mois qui suit la réception de la demande. Le défaut de réponse dans ce délai vaut décision de refus.

Les contestations portant sur l'appréciation de l'état du malade peuvent donner lieu à la procédure d'expertise médicale, visée à l'article 23.

Section - IV Prestations en espèces

Article 29 .- (*Remplacé par l'ordonnance n° 16.728 du 5 avril 2005*)

Lorsqu'un salarié se trouve pour cause de maladie ou d'accident, autre qu'une maladie professionnelle ou un accident de travail, dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle, il ouvre droit à des prestations en espèces servies sous forme d'indemnités journalières dans les conditions définies aux articles suivants de la présente section.

Les maladies, blessures ou handicaps résultant de la faute intentionnelle de l'intéressé ne peuvent donner lieu à l'attribution de prestations en espèces.

Les formalités à accomplir et les règles auxquelles le salarié doit se conformer pendant son arrêt de travail pour obtenir l'indemnisation susmentionnée sont fixées par arrêté ministériel.

Sous-section - 1 Durée du droit

Article 30 .- L'indemnité journalière est due à compter du quatrième jour qui suit celui servant de référence, conformément aux dispositions de l'alinéa b) de l'article 13 pour l'appréciation des conditions d'ouverture du droit. Elle est due pour chaque jour ouvrable ou non.

Elle peut être servie pendant une période d'une durée maximale de trois ans décomptée dans les conditions suivantes :

* a) pour les affections qui donnent lieu à l'examen spécial prévu à l'article 23, l'indemnité journalière peut être servie pendant une période de trois ans, calculée de date à date pour chaque affection. Dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail un nouveau délai de trois ans est ouvert dès l'instant où la reprise dure un an au moins ;

* b) pour toutes les autres affections l'indemnité journalière est servie de telle sorte que, pour une période quelconque de trois années consécutives, le salarié reçoive, au maximum, au titre d'une ou plusieurs maladies, trois cent soixante indemnités journalières.

Article 31 .- L'indemnité journalière peut être maintenue, en tout ou en partie, en cas de reprise de travail pendant une durée fixée par la caisse de compensation des services sociaux, mais ne pouvant excéder d'une année le délai de trois ans prévu à l'article précédent :

- lorsque la reprise du travail et l'activité exercée sont reconnues comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé du salarié ;

- ou, lorsque le salarié doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.

Sauf cas exceptionnel dont l'appréciation est laissée au service débiteur de prestations, le montant de l'indemnité maintenue ne peut porter le gain total de l'assuré à un chiffre excédant le salaire dont il aurait continué à bénéficier dans la catégorie professionnelle à laquelle il appartenait au moment de l'interruption du travail.

Sous-section - 2 Montant du droit

Article 32 .- L'indemnité journalière est égale à la moitié de la rémunération journalière de base telle que définie à l'article suivant, sans pouvoir être supérieure au soixantième de la rémunération mensuelle maximale retenue pour le calcul des cotisations dues à la caisse de compensation.

Elle est portée aux deux tiers de ladite rémunération journalière de base, sans pouvoir dépasser le quarante-cinquième de la rémunération mensuelle maximale ci-dessus, à compter du trente et unième jour qui suit l'arrêt du travail, lorsque le salarié a trois enfants ou plus à charge au sens de la législation fixant le régime des prestations familiales.

Article 33 .- (*Ordonnance n° 10.256 du 8 août 1991*)

La rémunération journalière visée à l'article précédent est égale au trentième des salaires cotisés au cours de la période de référence divisés par le nombre de mois d'activité au cours de cette même période.

Par période de référence, on entend la période d'activité continue effectuée au service de l'employeur par lequel le salarié était employé lors de la survenance de l'interruption de travail, au cours des douze derniers mois précédant cette interruption.

Toutefois dans le cas où une interruption de travail indemnisée pour cause de maladie, maternité, accident de travail ou maladie professionnelle est intervenue au cours de la période de référence visée à l'alinéa précédent, le montant du salaire journalier de référence est obtenu selon le calcul ci-après :

* 1° Dans le cas où la cause de l'interruption de travail survenue au cours de la période de référence est la maladie ou la maternité :

- En portant au numérateur le trentième de la somme :

* des salaires acquis au cours de la période de référence ;

* et du produit du salaire journalier ayant servi de base au calcul de l'indemnisation de l'interruption de travail survenue au cours de la période de référence, par le nombre de jours indemnisés, majoré, le cas échéant, du délai de carence de trois jours.

- En portant au dénominateur la somme :

* du nombre de mois d'activité au cours de la période de référence :

* et du nombre de mois complets d'indemnisation, au cours de cette même période.

* 2° Dans le cas où la cause de l'interruption de travail survenue au cours de la période de référence est l'accident du travail ou la maladie professionnelle :

- En portant au numérateur le trentième de la somme :

* des salaires acquis au cours des mois complets d'activité effectués pendant la période de référence.

- En portant au dénominateur :

* le nombre de mois complets d'activité effectués au cours de la période de référence.

Article 34 .- (Ordonnance n° 5.952 du 9 décembre 1976)

Lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà du troisième mois, le salarié peut demander la révision du montant de l'indemnité journalière qui lui est servie à raison des augmentations de son salaire postérieures à la date de l'arrêt de travail.

Les augmentations de salaire dont l'intéressé peut demander l'application au montant de l'indemnité journalière sont celles qui, applicables au salaire prévu pour la catégorie professionnelle à laquelle il appartient, résultent d'un texte légal ou réglementaire, d'une convention collective ou d'un accord particulier à l'entreprise.

Ne sont pas retenues pour l'application de ces dispositions les mesures d'ordre individuel non plus que les augmentations qui résultent de modifications des conditions de travail dans l'entreprise sans que la grille professionnelle des salaires en soit affectée.

Article 35 .- (Ordonnance n° 5.087 du 30 janvier 1973 ; Ordonnance n° 5.952 du 9 décembre 1976)

Dans le cas où le salarié n'a pas bénéficié des dispositions de l'article précédent, comme dans le cas où ces dernières s'avèreraient moins favorables, le montant de l'indemnité journalière est revalorisé de plein droit après la fin du sixième mois d'interruption continue de travail.

Cette revalorisation s'effectue par application du coefficient retenu pour les pensions d'invalidité par les arrêtés ministériels à intervenir conformément aux dispositions de l'article 85 de la présente ordonnance.

Article 36 .- La revalorisation doit être demandée par l'intéressé, en fournissant à l'appui de sa demande un certificat de l'employeur qui l'occupait au moment de l'interruption du travail ou toute autre pièce justificative attestant de la réalité de l'augmentation de salaire et en précisant les modalités d'application.

En cas de doute, l'avis de l'inspecteur du travail sera déterminant.

Article 37 .- (Ordonnance n° 9.872 du 30 juillet 1990 ; abrogé par l'ordonnance n° 815 du 21 novembre 2006).

Sous-section - 3 Cumuls

Article 38 .- Le droit aux indemnités journalières prévues par la présente section est indépendant du maintien, de la suspension ou de la réduction du salaire par l'employeur.

Toutefois, lorsque le salaire est maintenu en totalité l'employeur peut demander à la caisse de compensation qu'elle lui verse directement les indemnités dues à son salarié.

Article 39 .- Les indemnités journalières peuvent être cumulées avec les indemnités de congé payé.

Article 40 .- Lorsque la maladie ou l'accident survient au cours d'une période d'interruption de travail provoquée par une maladie professionnelle ou un accident du travail, l'indemnité journalière est due à compter du jour de la consolidation des suites de l'accident du travail ou de la guérison de la maladie professionnelle.

Article 41 .- Lorsque deux maladies intercurrentes sont de nature à entraîner respectivement l'interruption de travail, il n'est servi qu'une seule indemnité journalière.

Section - V Dispositions diverses

Sous-section - 1 Accidents de droit commun

Article 42 .- (*Remplacé par l'ordonnance n° 1.946 du 7 novembre 2008*)

En cas d'accident, dont la survenance met un tiers en cause, la Caisse de Compensation des Services Sociaux est subrogée dans les droits de la victime pour obtenir, du tiers responsable, le remboursement des prestations versées dans le cadre de l'accident.

Lorsque l'ouverture du droit à l'assurance invalidité a pour cause l'accident, le montant des pensions d'invalidité futures fera l'objet d'une évaluation forfaitaire incluse dans la demande de remboursement, selon des modalités fixées par arrêté ministériel.

Le partage de responsabilité entre la victime et le tiers en cause n'est opposable à la Caisse que dans la mesure où il a pour effet de réduire le montant de l'indemnité mise à la charge du tiers responsable et imputable à la réparation des chefs de préjudice ayant donné lieu au service de prestations.

Dans l'hypothèse où la réparation de l'entier préjudice est versée à la victime, celle-ci sera tenue de procéder au remboursement des prestations, relatives à l'accident, servies par la Caisse.

Article 43 .- (*Remplacé par l'ordonnance n° 1.946 du 7 novembre 2008*)

La victime qui bénéficie des prestations prévues à l'article précédent est tenue de faire connaître l'exercice de toute action en recours et d'apporter son concours à la Caisse pour le recouvrement des prestations servies.

Sous-section - 2 Contestation d'ordre médical

Article 44 .- Les contestations relatives à l'état du malade ou à toute question d'ordre médical conditionnant l'attribution des prestations sont soumises à un médecin expert désigné conjointement par le médecin traitant et par le médecin conseil de l'organisme intéressé, ou, à défaut d'accord, par le Directeur de l'action sanitaire et sociale.

Article 45 .- La demande d'expertise doit être présentée par écrit à la caisse de compensation des services sociaux, dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée, et indiquer, notamment, l'objet de la contestation et le nom du médecin traitant.

Article 46 .- Le médecin conseil est tenu de se mettre en rapport avec le médecin traitant, dans les trois jours de la réception de la demande d'expertise, pour procéder à la désignation du médecin expert, et, à défaut d'accord, saisir sans délai, le directeur de l'action sanitaire et sociale.

Article 47 .- Dès qu'il a connaissance de la désignation de l'expert, le médecin conseil adresse à ce dernier :

- la demande d'expertise,
- un protocole mentionnant les avis médicaux formulés, la mission confiée à l'expert et les questions qui lui sont posées,
- toutes pièces susceptibles d'éclairer l'expert.

Article 48 .- Le médecin expert est tenu de procéder à l'examen du malade dans les cinq jours de la réception des pièces visées à l'article précédent, et de notifier ses conclusions motivées au médecin traitant et au médecin conseil dans les 48 heures de l'examen.

Le médecin expert doit faire connaître les lieu, date et heure auxquels il procédera à l'examen du malade, au médecin traitant et au médecin conseil pour leur permettre d'assister à l'expertise.

Article 49 .- Les frais d'expertise sont à la charge de la caisse de compensation des services sociaux, sauf le cas dans lequel la contestation du malade s'avère manifestement abusive.

Article 50 .- La caisse de compensation des services sociaux doit prendre une décision et la notifier à l'intéressé

dans un délai maximum de 15 jours suivant la réception des conclusions motivées de l'expert.

Chapitre - II Prestations prévues en cas de maternité

Section - I Conditions d'ouverture du droit

Article 51 .- Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations prévues en cas de maternité le salarié doit :

* 1° justifier :

* a) d'un mois valable d'immatriculation au sens des dispositions de l'article 7, au cours des trois mois qui précèdent celui au cours duquel se situe la date présumée du début de la grossesse,

* b) et d'une immatriculation n'ayant pas cessé de produire effet pendant l'entière durée de la période comprise entre le début de la grossesse et sa première constatation médicale ;

* 2° avoir travaillé 85 heures au minimum pendant chacun des mois de la période comprise entre le premier jour du mois au cours duquel se situe le début de la grossesse et le premier jour du mois au cours duquel est intervenue la première constatation de la grossesse.

Il est tenu compte des équivalences prévues à l'article 9 pour l'application des dispositions du précédent alinéa.

Article 52 .- La date présumée du début de la grossesse est celle du 270^e jour qui précède, soit le jour prévu pour l'accouchement, par le premier certificat médical constatant la grossesse, soit, à défaut d'indication précise dudit jour, le premier jour du mois au cours duquel l'accouchement est prévu.

Toutefois lorsque l'accouchement a lieu postérieurement à la date originellement prévue, la date réelle de l'accouchement peut être prise en considération pour déterminer, par application du délai prévu à l'alinéa précédent, la date du début de la grossesse, en vue de l'ouverture du droit.

Article 53 .- La date de la première constatation médicale de la grossesse à prendre en considération pour l'application des dispositions de l'article 51 est :

- celle du premier certificat de grossesse établi par le praticien, lorsque ce certificat est notifié à la caisse dans la quinzaine de sa date,

- ou, en cas de notification tardive, celle du jour auquel la caisse a reçu le certificat de grossesse.

Section - II Bénéficiaires

Article 54 .- Bénéficiaires des prestations prévues en cas de maternité :

- la femme qui exerce une activité salariée,

- les ayants droit du salarié, tels que définis par les dispositions de la section II du chapitre I du présent titre.

Article 55 .- En cas de mariage postérieur à la conception ou à la naissance de l'enfant, le droit aux prestations peut s'ouvrir, du chef du salarié, à compter du mariage.

En cas de décès du mari salarié antérieur à la première constatation médicale de la grossesse les conditions d'ouverture du droit prévues aux alinéas 1 b) et 2 de l'article 51 sont appréciées par référence à la date du décès.

Section - III Prestations en nature

Article 56 .- (Remplacé par l'ordonnance n° 16.728 du 5 avril 2005 ; modifié par l'ordonnance n° 3.762 du 25 avril 2012 ; modifié par l'ordonnance n° 4.988 du 14 octobre 2014)

Les prestations en nature prévues en cas de maternité sont servies sous forme :

* 1°) de remboursement des honoraires afférents :

* a) à la première constatation de la grossesse ;

* b) aux examens obligatoires au cours des périodes prénatale et postnatale ;

* c) aux séances préparatoires à l'accouchement psychoprophylactique, dont le nombre est fixé par arrêté ministériel ;

* d) aux visites de surveillance du nourrisson prévues à l'article 58 ;

* e) aux actes médicaux ou chirurgicaux afférents à l'accouchement ;

* f) à la rééducation périnéale active post-partum, dans la limite de 10 séances ;

* g) à la consultation dispensée par un Chirurgien-Dentiste au cours de la période allant du début du 4ème mois de grossesse à la date de l'accouchement ;

* 2°) de remboursement des fournitures orthopédiques nécessitées par la grossesse ;

* 3°) de remboursement des frais de séjour, à l'hôpital ou à la clinique, relatifs à l'accouchement.

Article 57 .- Le nombre, la périodicité et la nature des examens visés sous la lettre b) du chiffre I de l'article précédent auxquels la future mère est tenue de se soumettre sont fixés par arrêté ministériel.

Article 58 .- (*Alinéa remplacé par l'ordonnance n° 16.728 du 5 avril 2005*)

Les visites de surveillance médicale auxquelles doit être soumis le nourrisson, devront être réalisées au cours des huit premiers jours ainsi qu'au cours des premier, deuxième, troisième, sixième, neuvième et douzième mois qui suivent la naissance.

Elles pourront être passées soit par un médecin du choix des parents, soit dans un centre agréé de surveillance des nourrissons .

Article 59 .- Chaque fois que l'examen de la mère ou les antécédents familiaux le révéleront nécessaire, le père devra subir un examen général, accompagné le cas échéant d'un examen radiologique et sérologique.

Article 60 .- (*Remplacé par l'ordonnance n° 16.728 du 5 avril 2005*)

La valeur des actes et examens visés à l'article 56, est fixée par l'arrêté ministériel prévu à l'article 24.

Les frais de séjour relatifs à l'accouchement à l'hôpital ou en clinique sont pris en charge sur la base du prix de journée ou des éléments de tarification à l'activité homologués pour l'établissement.

La participation du bénéficiaire des prestations peut être supprimée dans les conditions prévues par arrêté ministériel.

Article 61 .- La mère qui satisfait aux obligations concernant les visites de surveillance du nourrisson prévues à l'article 58 bénéficie de primes dans des conditions qui seront déterminées par arrêté ministériel.

Article 62 .- Le service des prestations prévues à la présente section est subordonné à l'observation des prescriptions relatives aux examens rendus obligatoires.

Section - IV Prestations en espèces

Article 63 .- (*Ordonnance n° 15.255 du 15 février 2002*)

Les prestations en espèces prévues en cas de maternité sont servies sous la forme d'indemnités journalières de repos à la mère salariée qui cesse tout travail pendant les périodes de congés prénatal et postnatal prévues par la loi n° 870 du 17 juillet 1969 relative au travail des femmes salariées en cas de grossesse ou de maternité, modifiée, et au minimum pendant une période de huit semaines au total.

Lorsque l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période d'indemnisation n'est pas réduite de ce fait.

Article 64 .- (Ordonnance n° 15.255 du 15 février 2002)

L'indemnité journalière de repos peut également être attribuée, sur prescription médicale, pendant une période supplémentaire n'excédant pas deux semaines, en cas d'état pathologique résultant de la grossesse. Cette période doit se situer avant l'accouchement et au plus tôt à partir du premier jour du sixième mois de grossesse sans être obligatoirement reliée à la période normale de congé prénatal prévu par la loi n° 870 du 17 juillet 1969 relative au travail des femmes salariées en cas de grossesse ou de maternité, modifiée.

Article 64-1 .- 64-2 .- (Créés par l'ordonnance n° 7.609 du 14 février 1983 ; abrogés par l'ordonnance n° 15.255 du 15 février 2002).

Article 65 .- (Ordonnance n° 7.609 du 14 février 1983)

Le montant de l'indemnité journalière de repos prénatal ou postnatal est égal à 90 % de la rémunération journalière de base, telle que définie aux articles 33 à 36.

Il ne peut excéder les trois centièmes du plafond mensuel de rémunération soumis à cotisation.

Article 66 .- L'indemnité journalière de repos peut être supprimée ;

- soit pendant la période au cours de laquelle la caisse a été mise par l'intéressée dans l'impossibilité d'exercer son contrôle,
- soit lorsque l'intéressée ne se soumet pas aux mesures prescrites de surveillance médicale, d'hygiène ou de prophylaxie.

Section - V Liaisons avec les prestations prévues en cas de maladie

Article 67 .- En cas de maternité et de maladie concomitante les prestations prévues pour l'un et l'autre de ces cas sont servies dans les conditions définies pour chacun de ces types de prestations.

Toutefois, lorsque la maladie entraîne un arrêt de travail antérieur au début de la période des huit semaines de repos prénatal, les indemnités journalières sont servies au titre de la maladie jusqu'à la veille du jour où s'ouvre cette période de repos et calculées dans les conditions prévues aux articles 32 à 41.

Elles sont, à compter du jour ci-dessus prévu, servies au titre de la maternité et ne peuvent faire l'objet d'une réduction en cas d'hospitalisation.

Article 68 .- (Ordonnance n° 15.255 du 15 février 2002)

En cas de grossesse pathologique ou de suites de couches pathologiques, à l'exception de la période visée à l'article 64, les prestations à servir sont celles prévues en cas de maladie au chapitre I du titre II.

Elles sont dues, dans les conditions prévues audit chapitre, à compter du premier jour de la constatation de l'état pathologique et jusqu'à la fin de celui-ci.

Article 69 .- Les conditions d'ouverture du droit sont appréciées dans le cas de grossesse pathologique à la date de la première constatation médicale et, en cas de suites de couches pathologiques, à la date de l'accouchement.

Toutefois, lorsque la constatation médicale de l'état pathologique imputable à la maternité intervient après la période de huit semaines de repos postnatal et alors que l'intéressée n'a pas repris son activité salariée. le droit aux prestations prévues en cas de maladie ne s'ouvre que si cette constatation médicale a eu lieu dans le mois qui suit l'expiration de la période légale de congé postnatal.

Article 70 .- (Remplacé par l'ordonnance n° 42 du 13 mai 2005)

Donnent lieu au service des prestations prévues en cas de maladie :

- les soins donnés aux enfants nés avant terme,
- l'interruption de travail lorsque le terme de la grossesse survient avant 22 semaines d'aménorrhée ou si le poids de l'enfant est, sur attestation d'un certificat médical, inférieur à 500 grammes à la naissance.

Chapitre - III Prestations prévues en cas d'invalidité

Section - I Conditions d'ouverture du droit

Article 71 .- (Ordonnance n° 5.087 du 30 janvier 1973 ; modifié par l'ordonnance n° 3.641 du 20 janvier 2012 ; par l'ordonnance n° 4.021 du 9 novembre 2012)

Pour avoir droit aux prestations prévues en cas d'invalidité, le salarié doit satisfaire aux conditions suivantes :

- * 1° être âgé de moins de 60 ans. Toutefois, pour les assurés ne pouvant faire valoir un droit à l'une des pensions de retraite de base ou complémentaire acquises du chef d'une activité salariée exercée à Monaco ou dans l'un des Pays signataires avec la Principauté d'une Convention Internationale de Sécurité Sociale, cet âge est porté à 62 ans ;

- * 2° présenter une incapacité physique permanente le mettant hors d'état de se procurer, dans quelque profession que ce soit un gain supérieur au 1/3 de la rémunération perçue par les salariés de la même catégorie professionnelle, dans l'emploi qu'il occupait avant :
 - le début de l'interruption de travail suivie d'invalidité ;

 - ou la première constatation médicale de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme ;

- * 3° justifier de douze mois valables d'immatriculation, au sens des dispositions de l'article 5 pendant les quinze mois qui précèdent celui au cours duquel se situe la date à prendre en considération parmi celles visées sous le chiffre 2°), et d'une immatriculation produisant effet au moment de la demande de pension : toutefois, lorsque la demande est présentée dans les douze mois qui suivent la date à laquelle l'immatriculation a cessé de produire effet, le droit aux prestations peut être ouvert à condition :
 - que la preuve soit rapportée que la cause de l'invalidité se situe au cours d'une période d'immatriculation ;

 - et que l'intéressé ne remplisse pas les conditions d'ouverture du droit au regard d'un autre organisme ou service particulier ;

- * 4° . Justifier en outre :
 - soit d'au moins 800 heures de travail salarié, ou assimilé, aux termes de l'article 9, au cours des quatre trimestres civils précédant la date à prendre en considération parmi celles visées sous le chiffre 2°) dont 200 heures au moins au cours du dernier de ces trimestres ;

 - soit d'au moins 800 heures de travail salarié, ou assimilé, aux termes de l'article 9, au cours des douze mois précédant la date à prendre en considération parmi celles visées sous le chiffre 2°), dont 200 heures au moins au cours des trois derniers mois.

Toutefois, pour les salariés de professions à caractère saisonnier ou discontinu, les durées minimales d'immatriculation et de travail ci-dessus sont respectivement réduites :

- de 12 à 9 mois,

- de 800 à 600 heures.

Article 72 .- (Ordonnance n° 5.087 du 30 janvier 1973)

L'incapacité visée au présent article s'apprécie en fonction des possibilités que conserve le salarié de reprendre son ancienne activité ou d'en exercer une nouvelle, ces possibilités étant elles-mêmes appréciées en tenant compte :

- * 1° de l'état général, des facultés physiques et mentales et de l'âge de l'intéressé ;

- * 2° de ses aptitudes et de sa formation professionnelle. ainsi que de ses facultés de réadaptation professionnelle.

Il n'est pas tenu compte, pour la détermination de la capacité résiduelle de gain, des difficultés de reclassement résultant de la situation du marché du travail ; toutefois ces difficultés peuvent être prises en considération en vue de l'attribution d'une aide dans le cadre de l'action sanitaire et sociale de la caisse de compensation des services sociaux.

Section - II Procédure

Article 73 .- La caisse est tenue de notifier à l'intéressé, dès qu'elle se trouve en mesure d'apprécier son état, la date à compter de laquelle il ne peut plus prétendre aux prestations prévues en cas de maladie.

Cette notification devra faire connaître, en outre, à l'intéressé si la caisse prend l'initiative d'examiner sa situation en vue de l'attribution éventuelle d'une pension d'invalidité, et, dans la négative, les délais impartis pour présenter lui-même une demande d'admission au bénéfice des prestations prévues en cas d'invalidité.

Article 74 .- (*Modifié par l'ordonnance n° 6.006 du 28 juillet 2016*)

À défaut d'initiative de la Caisse le salarié peut demander lui-même, soit directement, soit par l'intermédiaire de son médecin-traitant, le bénéfice des prestations prévues en cas d'invalidité.

Cette demande doit, sous peine d'irrecevabilité, être présentée dans les douze mois qui suivent, selon le cas, la date :

- soit de la consolidation de la blessure,
- soit de la constatation médicale de l'invalidité lorsque cette dernière résulte d'une usure prématurée de l'organisme,
- soit de la stabilisation de l'état du salarié telle qu'elle résulte de la notification prévue à l'article précédent,
- soit de l'expiration de la période légale d'attribution des prestations en espèces de l'assurance maladie, ou la date à laquelle ces prestations ont cessé d'être servies.

Article 75 .- Le taux d'invalidité est fixé par la caisse sur le vu :

- d'un rapport du médecin traitant précisant et justifiant le taux d'invalidité proposé ;
- de l'avis formulé par son médecin-conseil ;
- d'un rapport d'enquête sur la situation sociale et les antécédents professionnels du salarié.

Article 76 .- La décision de la caisse sur le droit aux prestations prévues en cas d'invalidité doit être notifiée à l'intéressé dans les deux mois :

- soit de la date d'envoi de la notification prévue à l'article 73 lui faisant connaître l'initiative prise par la caisse d'examiner sa situation en vue de l'éventuelle attribution d'une pension d'invalidité ;
- soit de la date de réception de sa demande.

La notification s'effectue par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception.

Le défaut de notification dans le délai précité de deux mois équivaut à un rejet ou refus et ouvre un droit de recours à l'intéressé pendant les six mois qui suivent l'expiration de ce délai.

Article 77 .- Il peut être fait appel des décisions de la caisse en matière d'invalidité devant une commission placée sous la présidence du directeur du travail et des affaires sociales et composée de l'inspecteur du travail et de deux médecins de l'office de la médecine du travail désignés par le président.

Article 78 .- (*Ordonnance n° 5.087 du 30 janvier 1973*)

L'appel doit, sous peine d'irrecevabilité, être interjeté par lettre recommandée, adressée au directeur du travail et des affaires sociales, dans les deux mois de la réception de la notification de la décision entreprise.

Article 79 .- Le malade ou le blessé a la faculté de se faire assister devant la commission prévue à l'article précédent par un médecin de son choix qui devra alors être convoqué par le président à la requête expresse de l'intéressé formulée dans l'acte d'appel.

Article 80 .- La commission statue dans le mois de l'acte d'appel, après avoir entendu ou convoqué par lettre recommandée avec accusé de réception le directeur général de la caisse de compensation des services sociaux ou son représentant, l'intéressé et, le cas échéant le médecin choisi par ce dernier pour l'assister.

Section - III Prestations en espèces. Pension d'invalidité

Article 81 .- La pension d'invalidité est calculée sur la base du salaire mensuel moyen résultant des rémunérations soumises à cotisation pendant les 60 mois qui précèdent celui au cours duquel se situe la date à prendre en considération pour l'ouverture du droit à pension.

Il n'est pas tenu compte, pour la détermination de ce salaire mensuel moyen, des mois donnant lieu, pour quelque durée que ce soit, aux assimilations prévues à l'article 9.

Article 82 .- Le montant mensuel de la pension d'invalidité est égal à un pourcentage du salaire mensuel moyen visé à l'article précédent.

Ce pourcentage est fixé dans les conditions suivantes :

- 30 % pour les invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- 50 % pour les invalides absolument incapables d'exercer quelque activité professionnelle que ce soit.

Article 83 .- L'invalidé absolument incapable d'exercer une profession qui se trouve, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, bénéficie, en sus de la pension d'invalidité, d'une indemnité dont le montant est fixé à 40 % de la pension.

Article 84 .- Le montant de la pension d'invalidité, ainsi que celui de l'indemnité prévue à l'article précédent, ne peuvent être inférieurs à un minimum qui sera fixé, pour chacun d'eux, par arrêté ministériel.

Article 85 .- Les rémunérations à prendre en considération pour la détermination du salaire mensuel moyen visé à l'article 81, ainsi que le montant des pensions d'invalidité déjà liquidées, sont révisés dans les conditions déterminées par arrêté ministériel .

Article 86 .- (*Ordonnance n° 9872 du 30 juillet 1990 ; remplacé par l'ordonnance n° 815 du 21 novembre 2006*)

En cas d'hospitalisation d'une durée continue supérieure à 90 jours et à compter du 91ème jour, le versement de la majoration prévue à l'article 83 est interrompu jusqu'à la fin du séjour en établissement.

Article 87 .- La pension prend effet et se substitue aux prestations en espèces prévues en cas de maladie à compter de la date à laquelle a été fixée la consolidation de la blessure, ou la stabilisation de l'état de l'intéressé, ou la première constatation médicale de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

Article 88 .- La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire.

Elle est susceptible de révision en fonction de l'évolution de l'état d'invalidité de l'intéressé.

Le service de la pension est suspendu ou supprimé lorsqu'il est médicalement constaté que l'assuré est en condition physique de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à la moitié de la rémunération perçue par un travailleur de la catégorie professionnelle à laquelle il appartenait avant l'interruption du travail.

En cas de suspension ou de suppression de la pension médicalement motivée par une amélioration de l'état de santé de l'invalidé, le service d'une fraction de la pension peut être maintenu lorsque l'intéressé fait l'objet d'un traitement, suit des cours, ou effectue un stage en vue de son reclassement ou de sa rééducation professionnelle.

Cette fraction peut atteindre 50 % de la pension et être servie pendant toute la durée du traitement, du cours ou du stage et, après achèvement de ceux-ci, pendant une durée maximale de trois ans.

Article 89 .- En cas de reprise d'une activité salariée la pension peut être suspendue, en tout ou partie, lorsqu'il est administrativement constaté que l'intéressé a bénéficié pendant deux trimestres civils consécutifs, sous forme de pension d'invalidité et de revenus professionnels cumulés, de ressources mensuelles supérieures au salaire mensuel moyen, éventuellement révisé par application de l'article 85, ayant servi de base au calcul de ladite pension.

Dans le cas où, par l'effet d'une diminution des revenus professionnels, aucun dépassement n'est constaté au cours d'un trimestre, la pension est rétablie, dans son intégralité, au cours du trimestre qui suit immédiatement.

Article 90 .- Les arrérages des pensions d'invalidité sont supprimés à l'expiration du trimestre au cours duquel le bénéficiaire a exercé une activité professionnelle non salariée.

Article 91 .- La pension d'invalidité est maintenue au-delà de l'âge de 60 ans.

Le montant de toute pension ou avantage de vieillesse auquel l'invalidé peut prétendre dans le cadre d'un régime général, légal ou conventionnel est déduit de celui de la pension d'invalidité, à l'exclusion des retraites dites complémentaires ou supplémentaires acquises dans le cadre d'un régime conventionnel.

Article 92 .- (*Ordonnance n° 5.087 du 30 janvier 1973*)

Le titulaire d'une pension d'invalidité dont le service n'a pas été suspendu ouvre droit, en cas de décès, au profit des personnes visées à l'article 101, à un capital d'un montant égal à un trimestre du salaire ayant servi de base au calcul de la pension d'invalidité.

Le cas échéant, il sera fait application des dispositions du deuxième alinéa de l'article précédent.

Section - IV Prestations en nature

Article 93 .- Le titulaire d'une pension d'invalidité a droit et ouvre droit au profit des personnes visées à la section II du chapitre I du présent titre aux prestations en nature prévues en cas de maladie et en cas de maternité.

Il bénéficie personnellement de la suppression de participation prévue à l'article 25 de la présente ordonnance quelle que soit la nature de l'affection au titre de laquelle les prestations sont demandées.

Le droit aux prestations en nature est maintenu en cas de suspension du service de la pension pour raisons médicales ou administratives.

Section - V Dispositions particulières applicables aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité ayant repris le travail

Article 94 .- L'invalidé qui reprend l'exercice d'une activité salariée, continue, tant qu'il demeure titulaire d'une pension, à bénéficier des prestations en nature dans les conditions définies au second alinéa de l'article 93 et sous réserve des dispositions de l'article 8 de Notre ordonnance n° 1.923 du 16 janvier 1959 relative à la coordination des divers services sociaux.

Article 95 .- Le titulaire d'une pension d'invalidité qui a repris l'exercice d'une activité salariée a droit aux indemnités journalières prévues à la section IV du chapitre I du présent titre, quelle que soit la nature de l'affection qui entraîne l'interruption du travail, sous réserve qu'il remplisse les conditions fixées aux articles 14 et 15 et que son état ne puisse être considéré à nouveau comme stabilisé.

Ces indemnités journalières peuvent se cumuler dans la limite prévue à l'article 89 avec la pension d'invalidité.

Article 96 .- Dans le cas où le service de la pension avait été suspendu en vertu des dispositions édictées à l'article 89, les indemnités journalières sont servies par priorité jusqu'à la date à laquelle intervient une nouvelle stabilisation de l'état de l'intéressé et la pension est rétablie dans la mesure où le montant cumulé des indemnités et des arrérages n'atteint pas le salaire mensuel moyen, éventuellement révisé par application de l'article 85, ayant servi de base au calcul de ladite pension.

Article 97 .- Dans le cas où le service de la pension avait été suspendu en vertu des dispositions de l'alinéa 3 de l'article 88, la pension n'est servie à nouveau qu'au jour de la nouvelle stabilisation, le service des indemnités journalières cessant à cette date.

Article 98 .- Lors de la nouvelle stabilisation de l'état de l'intéressé consécutive à l'incapacité temporaire ayant donné lieu au service d'indemnités journalières, il est procédé à la liquidation d'une seconde pension d'invalidité qui se substitue à la première si elle est d'un montant plus élevé.

Section - VI Disposition transitoire

Article 99 .- Les pensions d'invalidité attribuées et liquidées en vertu des dispositions applicables avant l'entrée en vigueur de la présente ordonnance demeurent soumises, jusqu'à leur suppression, auxdites dispositions.

L'expiration du délai limitant la durée de validité de la décision ayant accordé le bénéfice des prestations prévues en cas d'invalidité n'est pas assimilable, pour l'application du précédent alinéa, à une décision de suppression de la pension d'invalidité.

Chapitre - IV Prestations prévues en cas de décès

Section - I Conditions d'ouverture du droit

Article 100 .- Pour ouvrir droit aux prestations ci-après définies, le salarié doit satisfaire, à la date du décès, aux conditions fixées à l'article 14, pour attribution des prestations en nature prévues en cas de maladie.

Il est fait application, pour l'appréciation de la situation de l'intéressé, des dispositions édictées par l'article 9.

Section - II Bénéficiaires

Article 101 .- Le droit au capital-décès s'ouvre par priorité au profit des personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré.

Si aucune priorité n'est invoquée dans le délai d'un mois suivant le décès de l'assuré, le capital est versé par ordre de préférence :

- au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait,
- aux enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis dont le salarié était tuteur,
- aux ascendants du 1er degré,
- aux ascendants du 2e degré.

Article 102 .- Lorsque plusieurs personnes ont un rang égal de priorité ou de préférence, le capital-décès se partage entre elles par parts égales.

Section - III Montant du capital-décès

Article 103 .- Le montant du capital-décès est égal à 90 fois le salaire journalier de base, tel que défini à l'article 33.

Les règles de revalorisation de l'indemnité journalière prévue en cas de maladie sont applicables pour la détermination du montant du capital-décès.

Article 104 .- En aucun cas le montant du capital-décès ne peut être inférieur, ni supérieur aux chiffres fixés par arrêté ministériel comme minimum et maximum.

Article 105 .- Les dispositions de la présente ordonnance souveraine entreront en vigueur le 1er juillet 1971.

Article 106 .- Toutes dispositions contraires à celles de la présente ordonnance souveraine sont et demeurent abrogées.