

- les modalités de facturation et de remboursement des prestations;
- les documents à utiliser et les informations devant y être portées par le personnel médical ou para-médical et par le pharmacien respectivement lors de la prescription, du traitement et de la délivrance des prestations;
- le règlement du contentieux.

CHAPITRE VII

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 62

Les soins médicaux pris en charge par l'employeur continueront à être servis aux bénéficiaires dans les conditions définies par les dispositions du Code du Travail en vigueur et ce jusqu'au fonctionnement effectif de l'organisme.

Article 63

L'Etat, garant de l'organisme dont il est actionnaire, participera à la constitution du capital et aux frais de premier établissement de l'organisme.

En cette qualité, il participera au capital social à concurrence de 10%.

Article 64

Dès la promulgation de la présente loi, le Ministre de la Santé Publique dispose d'un délai de trois mois pour:

- fixer les tarifs des actes professionnels sur base desquels l'organisme remboursera les prestations;
- établir la liste des médicaments pouvant être prescrits et remboursés respectivement par le personnel médical ou paramédical et par l'organisme.

Il en est de même du Ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions qui est chargé de déterminer les conditions requises pour créer un organisme d'assurance-maladie-maternité.

Article 65

Sans préjudice aux dispositions des articles 62 et 63 ci-dessus, toutes dispositions antérieures contraires à la présente loi sont abrogées.

Article 66

Le Ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions et le Ministre de la Santé Publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente loi.

Article 67

La présente loi entre en vigueur le jour de sa promulgation.

10 septembre 2002. – LOI n° 1/05 — Réforme du régime assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés.

(B.O.B., 2003, n° 9, p. 872)

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1

La présente loi fixe les règles générales régissant le régime d'assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés.

Article 2

Le régime d'assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés garantit ses bénéficiaires contre les risques définis au chapitre III de la présente loi résultant de la maladie et de la grossesse en leur assurant des prestations de soins de santé médicaux

curatifs nécessités par un état morbide, de grossesse ou d'accouchement et leurs suites.

Ses règles générales de fonctionnement, notamment la définition des bénéficiaires et des assujettis, la détermination des risques couverts et des prestations servies, les conditions du service des prestations ainsi que le régime de contrôle et des sanctions, sont fixées par la présente loi.

Article 3

La gestion du régime d'assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés est confiée à un organisme de sécurité sociale ci-après dénommé «Organisme» dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par les statuts.

CHAPITRE II

DÉFINITIONS

Article 4

Ont qualité d'agent au sens de la présente loi, les agents de l'Etat soumis à un statut général des fonctionnaires, les agents de l'Etat soumis à un statut spécial ou à un statut particulier, les agents de l'Etat engagés sous contrat, les agents des collectivités locales, les personnes des sociétés et des établissements publics, les agents des administrations personnalisées ainsi que les cadres et personnels politiques de l'Etat.

Article 5

Ont qualité d'assimilés aux agents publics, les personnes qui, en raison de la spécificité de leurs activités et pour autant qu'elles ne relèvent pas d'un autre régime d'assurance-maladie-maternité, peuvent demander et obtenir une dérogation spéciale d'affiliation au titre de l'une des catégories d'affiliés prévues à l'article 8 de la présente loi.

Article 6

Bénéficient des prestations servies en vertu de la présente loi, les assurés comprenant d'une part les affiliés et d'autre part les ayants-droit.

Article 7

Peuvent obtenir la qualité d'affilié, les agents publics et assimilés tels que définis aux articles 4 et 5 ci-avant, pour autant que leur position statutaire ou professionnelle leur permette de s'acquitter régulièrement de leurs obligations vis-à-vis de l'organisme en ce qui concerne notamment les cotisations.

Peuvent également obtenir la qualité d'affilié, les bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'incapacité physique, d'une rente de veuve/veuf ou d'une rente d'orphelin versée par un organisme de sécurité sociale du secteur public.

Article 8

La qualité d'affilié peut être reconnue aux personnes se trouvant dans l'une des catégories suivantes:

- les personnes désignées comme bénéficiaires dans une Convention Internationale engageant le Burundi ou dans un accord particulier pris en application d'une telle Convention;
- les agents de la coopération technique internationale à l'exclusion de ceux qui bénéficient d'un système de sécurité sociale de leur pays d'origine ou de leur organisme;
- les étudiants de l'enseignement supérieur;
- les membres ou personnels des œuvres ou associations employés à une mission de service public notamment scolaire et sanitaire à condition qu'ils ne soient pas couverts par un autre système d'assurance-maladie-maternité.

Article 9

Ont qualité d'ayant droit, le conjoint légalement uni à l'affilié, à condition qu'il ne soit pas couvert par un autre système d'assurance-maladie-maternité ainsi que les enfants de moins de dix-huit ans à charge légale de l'affilié.

Des dérogations peuvent être accordées notamment pour une raison d'études ou en cas d'incapacité mentale ou physique per-

manente dûment établie par l'autorité habilitée conformément au code de la sécurité sociale.

Article 10

Une ordonnance des Ministres de tutelle des organismes d'assurance-maladie-maternité concernés, précisera, en tant que de besoin, tout ce qui n'a pas été abordé dans le présent chapitre notamment les conditions de prise en charge des enfants en cas d'affiliation des deux parents à l'organisme ou de couverture de l'un d'entre eux par un autre système d'assurance-maladie-maternité ainsi que de la prise en charge des enfants majeurs en cours de scolarité.

Article 11

Au sens de la présente loi, sont assujetties les personnes morales tenues de participer au fonctionnement du régime d'assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés par le versement des cotisations telles que définies dans le chapitre V ci-après.

CHAPITRE III

ORGANISATION ADMINISTRATIVE, FINANCIÈRE ET COMPTABLE DE L'ORGANISME

Section 1

Organisation administrative

Article 12

Les organes sociaux de l'organisme d'assurance-maladie-maternité sont le Conseil d'Administration, le Comité de direction, le collège des commissaires aux comptes et le comité de recours gracieux.

Sans préjudice aux dispositions de la présente loi, l'organisation et le fonctionnement de ces organes seront déterminés par les statuts.

Section 2

Organisation financière

Article 13

Les ressources du régime d'assurance-maladie-maternité sont constituées par:

- le capital social;
- les cotisations mensuelles;
- les majorations encourues pour cause de retard dans le paiement des cotisations et dans la production des déclarations nominatives de cotisations et dans la production des déclarations nominatives de salaires prévus à l'article 19 de la présente loi;
- le produit des placements de fonds;
- les dons et legs;
- toutes autres ressources attribuées au régime par un texte législatif ou réglementaire en vue d'assurer son équilibre financier.

Article 14

Les ressources du régime ne peuvent être utilisées qu'aux fins prévues par la présente loi et pour couvrir les frais de fonctionnement de l'organisme.

Article 15

Les cotisations dues à l'organisme sont assises sur l'ensemble des rémunérations brutes, primes et indemnités, à l'exclusion des sommes ayant un caractère de remboursement des frais, des avantages en nature et des gratifications.

Article 16

Les cotisations sont réparties entre le travailleur et son employeur selon des propositions qui sont déterminées par le Conseil d'Administration; la part incombant au travailleur ne peut en aucun cas dépasser 40% du montant de ces cotisations.

Article 17

Le taux de cotisation est fixé par ordonnance du Ministre ayant la fonction publique dans ses attributions sur proposition du Conseil d'Administration. Il peut être révisé selon la même procédure. La révision a lieu obligatoirement dans le cas visé à l'article 29 de la présente loi.

Article 18

Le taux de cotisation est fixé de manière que les recettes totales, y compris le produit des placements, permettent de couvrir l'ensemble des dépenses de prestations et de fonctionnement et disposer du montant nécessaire à la constitution d'une réserve de sécurité et du fonds de roulement.

Article 19

L'employeur est débiteur vis-à-vis de l'organisme de l'ensemble des cotisations dues y compris la part du travailleur. Il verse les cotisations patronales et personnelles dont il est responsable, aux dates et selon les modalités fixées par le Conseil d'Administration.

Le défaut de versement des cotisations et de production des déclarations nominatives des salaires aux échéances prescrites par le Conseil d'Administration donne lieu à l'application des majorations de retard à charge de l'employeur.

Article 20

L'employeur ne peut récupérer à charge du travailleur le montant des retenues qu'il a omises d'effectuer au moment du paiement de la rémunération.

La cotisation de l'employeur reste définitivement à sa charge et toute convention contraire étant nulle de plein droit.

Article 21

Lorsque le montant des salaires devant servir de base au calcul des cotisations n'a pas été déclaré à l'organisme, celui-ci effectue une taxation d'office provisoire dont les modalités sont déterminées par le Conseil d'Administration.

Article 22

Le paiement des cotisations et de majorations de retard est garanti par un privilège sur les biens meubles et immeubles qui prend rang immédiatement après celui garantissant le paiement des salaires.

Article 23

Lorsqu'un employeur ne s'exécute pas dans les délais prescrits, toute action en poursuite effectuée contre lui est successivement précédée d'une mise en demeure et d'une contrainte notifiées par le directeur de l'organisme ou son délégué. Si la mise en demeure et la contrainte restent sans effet, le directeur peut indépendamment de l'action pénale, s'adresser à l'huissier ou au notaire selon qu'il s'agit de procéder aux saisies mobilières ou immobilières, sans préjudice aux dispositions des articles 58 et 60 de la présente loi.

Article 24

Afin de maintenir l'équilibre financier du régime, il est institué une réserve de sécurité au moins égale à la moitié de la moyenne arithmétique du montant total des dépenses techniques au cours des exercices précédents.

Article 25

Pour assurer le fonctionnement de l'organisme, il est institué un fonds de roulement dont le montant ne peut pas être inférieur au double de la moyenne arithmétique mensuelle des dépenses enregistrées au cours de l'exercice précédent.

Section 3

Organisation comptable

Article 26

Les sommes visées aux deux articles précédents et le produit de leur placement sont comptabilisés séparément.

Article 27

Les dépenses de l'organisme sont constituées par:

- le paiement des prestations;
- les frais de fonctionnement;
- les dépenses d'investissement;
- les intérêts et annuités d'amortissement des dettes;
- les taxes, contributions, impôts et charges sociales légalement dues.

Toutefois, l'Etat consentira à l'organisme des avantages fiscaux accordés aux autres organismes de sécurité sociale.

Article 28

Les règles relatives aux opérations financières et comptables de l'organisme sont fixées par les statuts.

Article 29

Si à la fin d'un exercice, le montant de la réserve de sécurité et/ou du fonds de roulement devient inférieur à la limite minimum fixée aux articles 24 et 25 de la présente loi, le Conseil d'Administration procède au réajustement du taux de cotisation dans un délai maximum de trois ans à compter de la fin de cet exercice.

Article 30

En vue de maintenir l'équilibre financier du régime, l'organisme est tenu de procéder à une analyse actuarielle au moins une fois tous les cinq ans.

CHAPITRE IV

RISQUES COUVERTS ET PRESTATIONS

Article 31

L'assurance-maladie-maternité prend à sa charge en tout ou partie les risques suivants:

a) tout état pathologique quelle qu'en soit l'origine, maladie ou accident à l'exception toutefois des actes médicaux pratiqués en vue de la délivrance d'un certificat et des maladies ou blessures qui relèvent d'une réglementation particulière, notamment la législation sur la protection des risques professionnels et sur la responsabilité de droit commun.

b) la grossesse, les couches pathologiques, l'interruption thérapeutique de grossesse et l'accouchement, ainsi que leurs suites.

Article 32

Les prestations afférentes aux risques visés au point a) de l'article 31 comprennent:

- la fourniture des produits pharmaceutiques;
- les consultations des médecins, omnipraticiens généralistes et infirmiers;
- les actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin;
- les actes de chirurgie dentaire;
- les actes utilisant les radiations ionisantes pratiquées par le médecin ou le chirurgien dentiste;
- les actes de biologie médicale et de radiographie;
- les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux;
- les actes d'hospitalisation et de traitement;
- les frais des accessoires, pansements et autres fournitures;
- les actes d'accouchement;
- les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement, les soins post-natals et les soins des nouveaux-nés pendant 15 jours donnés soit par un médecin, soit par un infirmier ou soit par une sage-femme diplômée;
- les frais d'appareils de prothèse et d'orthopédie, la prothèse dentaire;
- les frais de transport afférents à l'une des éventualités de soins médicaux ci-avant;
- la fourniture et le renouvellement des lunettes médicales.

Article 33

Les prestations afférentes aux risques visés au point b) de l'article 31 comprennent:

- les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins post-natals;
- les actes de biologie médicale;
- les actes de radiographie;
- les frais d'hospitalisation et de traitement;
- la fourniture des produits pharmaceutiques repris sur la liste des médicaments remboursables par l'organisme;
- les frais de transport sur présentation des justificatifs.

Article 34

La gamme des prestations pourra être complétée par ordonnance conjointe des Ministres ayant la santé publique et la fonction publique dans leurs attributions en fonction de l'évolution technologique et scientifique de la médecine.

Article 35

La prise en charge des actes médicaux, des hospitalisations et des examens para-cliniques s'effectue suivant une nomenclature et une tarification fixées conjointement par les Ministres ayant la santé publique et la fonction publique dans leurs attributions, sur propositions du Conseil d'Administration de l'organisme.

Article 36

La prise en charge des produits pharmaceutiques, des objets de pansement et autres fournitures s'effectue suivant une liste de médicaments et objets de pansement remboursables par l'organisme établie par ordonnance conjointe des Ministres ayant la santé publique et la fonction publique dans leurs attributions sur propositions du Conseil d'Administration de l'organisme.

Article 37

Seules sont prises en charge les prestations servies sur le territoire national. Toutefois, la prise en charge peut s'étendre hors du territoire dans des conditions tout à fait exceptionnelles fixées notamment dans le cadre d'un régime d'assurance complémentaire tel que défini à l'article 41 du code de sécurité sociale.

Article 38

La fourniture des produits pharmaceutiques est assurée par les pharmacies du Gouvernement ou privées dans les conditions définies par les conventions conclues avec l'organisme.

Article 39

Une ordonnance du Ministre ayant la fonction publique dans ses attributions fixera, sur proposition du Conseil d'Administration pour chacune des prestations ou chacun des produits, la fraction en pourcentage du coût réel dénommé «ticket modérateur» à supporter par le bénéficiaire. Le ticket modérateur sera réglé directement au fournisseur des prestations par le bénéficiaire.

Article 40

Le Conseil d'Administration de l'organisme peut décider que seule une fraction du coût réel de certains médicaments est prise en charge par le régime d'assurance-maladie-maternité; l'autre fraction étant à charge de l'assuré. Dans ce cas, le Conseil d'Administration fixe, pour chacun des médicaments, cette fraction en pourcentage du coût réel, sans qu'elle puisse dépasser 30%.

CHAPITRE V

CONDITIONS DU SERVICE DES PRESTATIONS

Article 41

Pour bénéficier de la prise en charge des prestations de l'assurance-maladie-maternité, le bénéficiaire doit:

- être immatriculé à l'organisme;
- justifier du prélèvement, de son chef ou du chef de son donnant-droit, de la cotisation du mois précédant celui des prestations.

Section 1

De l'immatriculation

Article 42

L'immatriculation à l'organisme est constatée par une carte individuelle conférant à l'affilié la qualité de bénéficiaire et lui ouvrant l'accès aux prestations du régime d'assurance-maladie-maternité.

Article 43

La carte d'immatriculation est délivrée à toute personne appartenant à l'une des catégories définies aux articles 4 et 10 de la présente loi sur production de tous justificatifs utiles exigés par l'organisme. Elle comporte l'identité et la photographie du titulaire ainsi que son numéro d'immatriculation à l'organisme.

Article 44

Sauf dérogation expresse motivée notamment par des raisons de distance, les nom et prénom des ayants droit doivent figurer sur la carte d'immatriculation de leur donnant droit.

Article 45

La carte d'immatriculation est d'office retirée à l'assuré qui ne remplit plus les conditions statutaires ou professionnelles de l'affiliation.

Section 2

De la cotisation

Article 46

La cotisation est une somme exprimée en pourcentage prélevée à la source sur la rémunération au sens de l'article 19 du code de sécurité sociale, sur la pension, sur la rente, à laquelle s'est ajoutée la quote-part de l'assujetti et qui est versée mensuellement pour participer au financement de l'organisme.

Article 47

Le taux de cotisation globale due à l'organisme est fixé par ordonnance du Ministre ayant la fonction publique dans ses attributions, sur proposition du Conseil d'Administration de cet organisme et après consultation du Conseil National du Travail.

Article 48

Le taux de cotisation globale doit être fixé de façon que le total des recettes couvre l'ensemble de ses charges et permette la constitution des réserves légales et du fonds de roulement.

Article 49

Le taux de cotisation globale est réparti entre l'affilié et l'assujetti dans les proportions déterminées par l'ordonnance visée à l'article 28 ci-dessus, la part incombant à l'affilié ne pouvant en aucun cas dépasser quarante pour cent (40%) du montant de la cotisation globale.

Article 50

En cas de cumul de plusieurs revenus soumis à cotisation, celle-ci est calculée sur le plus élevé de ces revenus.

Article 51

Le prélèvement, la déclaration et le versement de la cotisation globale incombent à l'employeur et/ou à la personne morale assujettie.

Article 52

Une majoration est appliquée aux cotisations qui n'ont pas été versées dans le mois qui suit le mois de la cotisation à raison de:

- un et demi pour cent (1,5%) pour les cotisations dues par les assujettis;
- cinq pour cent (5%) pour les cotisations précomptées sur les affiliés.

Article 53

Le paiement des cotisations et des majorations de retard est garanti par un privilège sur les biens meubles et immeubles du débiteur avec rang immédiatement après les salaires.

Article 54

L'absence de versement des cotisations durant trois mois entraîne la suspension du droit aux prestations sans préjudice pour l'organisme de poursuivre le recouvrement des sommes lui dues par toute voie de droit.

CHAPITRE VI

CONTRÔLE, CONTENTIEUX ET SANCTIONS

Section 1

Du contrôle

Article 55

Sans préjudice des autres contrôles institués dans le cadre de la gestion administrative et financière des établissements publics, et ceux institués par le code de sécurité sociale, l'organisme organise en son sein deux systèmes de contrôle:

- un système assuré par des contrôleurs administratifs chargés de veiller à l'application des dispositions de la présente loi et de ses mesures d'applications, de procéder au contrôle de la qualité d'assuré au recouvrement, à l'exactitude du calcul de la déclaration et du paiement des cotisations;
- un système assuré par les contrôleurs médicaux chargés de veiller à la qualité et à la bonne administration des soins ainsi qu'à la consommation rationnelle des produits pharmaceutiques.

Article 56

Les contrôleurs administratifs et les contrôleurs médicaux sont habilités à procéder à toute vérification ou investigation administrative, financière et médicale utile à l'accomplissement de leur mission. Ils sont tenus au secret professionnel.

Article 57

Les assurés, les assujettis et les fournisseurs des prestations sont tenus de fournir aux contrôleurs de l'organisme tous les renseignements demandés dans les limites de leur mission.

Section 2

Du Contentieux

Article 58

Lorsque l'événement ouvrant droit aux prestations que l'organisme aura pris en charge est dû à la faute du tiers, l'organisme est d'office subrogé dans les droits de l'assuré contre les tiers responsables.

Article 59

Les litiges pouvant naître de l'application ou de l'interprétation des dispositions de la présente loi et de ses textes d'application sont soumis à un comité de recours gracieux créé et organisé par ordonnance du Ministre ayant la fonction publique dans ses attributions.

Les décisions du comité de recours gracieux peuvent être attaquées devant le Tribunal du Travail.

Article 60

Les litiges ayant des rapports avec l'art de guérir sont portés devant le Conseil de l'ordre des médecins; ceux en rapport avec l'exercice de la pharmacie devant le conseil de l'ordre des pharmaciens.

Section 3

Des sanctions

Article 61

Aux termes de la présente loi et sans préjudice des poursuites judiciaires qui peuvent être engagées selon le droit commun, les sanctions applicables pour réprimer la fraude des prestations servies par l'organisme sont les suivantes:

– la suspension du droit aux prestations pour une durée allant de 1 à 12 mois;

– le remboursement du triple de la valeur des prestations obtenues frauduleusement.

Article 62

La suspension du droit aux prestations est prononcée contre quiconque aura, de mauvaise foi, obtenu, tenté d'obtenir, aidé à obtenir ou délivré irrégulièrement une prestation prise en charge par l'organisme.

Article 63

Le remboursement du triple de la valeur des prestations obtenues frauduleusement sera prononcé contre quiconque aura bénéficié ou fait bénéficier à une autre personne des prestations servies par l'organisme sans y avoir droit ou en abusant de son droit.

Article 64

Les deux sanctions qui peuvent être cumulées sont prononcées par la direction de l'organisme.

La décision de la direction peut être attaquée devant le comité de recours gracieux institué conformément à l'article 59 ci-dessus.

Article 65

Toute suspension du droit aux prestations dans le chef d'un affilié entraîne la suspension du même droit à l'égard de ses ayants-droit.

CHAPITRE VII

DISPOSITIONS DIVERSES ET FINALES

Article 66

Les dispositions générales et particulières non prévues par la présente loi seront régies en tant que de besoin par des textes d'application en se référant notamment au code de la sécurité sociale du Burundi.

Article 67

L'organisme chargé de la gestion du régime d'assurance-maladie-maternité prend fin par un jugement de mise en liquidation ou par une quelconque cause prévue par les statuts de l'organisme.

Article 68

Les statuts de l'organisme chargé de la gestion du régime d'assurance-maladie-maternité devront être adoptés par un décret dans un délai ne dépassant pas six mois à partir de la date de la promulgation de la présente loi.

Article 69

Toutes dispositions antérieures à la présente loi et plus particulièrement le décret-loi n° 1/28 du 27 juin 1980 sont abrogées.

Article 70

Les Ministres ayant dans leurs attributions la fonction publique, la sécurité sociale et la santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente loi qui entre en vigueur le jour se sa promulgation.

29 novembre 2002. – LOI n° 1/011 Réorganisation des régimes des pensions et des risques professionnels en faveur des travailleurs régis par le code du travail et assimilés.

(B.O.B., 2002, n° 12quater, p. 1455)

TITRE I

DES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I

DU CHAMP D'APPLICATION

Article 1

La présente loi couvre les régimes de base suivants:

a) un régime des risques professionnels chargé du service des prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle;

b) un régime des pensions chargé du service des prestations de vieillesse, d'invalidité et de décès;

c) tout autre régime qui pourra être créé ultérieurement.

Article 2

La gestion de ces régimes est confiée à un organisme de sécurité sociale ci-après dénommé «organisme» dont l'organisation et le fonctionnement seront fixés par les statuts.

Article 3

Sont assujettis aux régimes régis par la présente loi:

a) tous les travailleurs soumis aux dispositions du code du travail;

b) les mandataires publics et politiques liés antérieurement par un contrat de travail;

c) les militaires, les contractuels de la fonction publique et des collectivités locales;

d) les stagiaires et les apprentis liés par un contrat de travail ou d'apprentissage;

e) les travailleurs burundais occupés par une entreprise située au Burundi et qui sont détachés sur le territoire d'un autre pays afin d'y effectuer un travail pour le compte de cette entreprise à condition que la durée prévisible du travail n'excède pas six mois;

f) les travailleurs étrangers occupés par une entreprise située à l'étranger et qui sont détachés sur le territoire du Burundi afin d'y effectuer un travail pour le compte de cette entreprise à condition que la durée prévisible du travail n'excède pas six mois.

Les dispositions des points e) et f) du présent article s'appliquent sous réserve des accords de réciprocité ou des conventions régionales et ou internationales ratifiés par le Burundi.

Article 4

Toute personne qui, ayant été affiliée aux régimes de base pendant six mois consécutifs au moins, cesse de remplir les conditions d'assujettissement, a la faculté de demeurer affiliée au régime des pensions à condition d'en faire la demande dans les douze mois qui suivent la date à laquelle son affiliation obligatoire a pris fin.

Le Conseil d'Administration, après avis du comité de direction, détermine les modalités d'application de l'assurance volontaire prévue au présent article.