

Le régime mauritanien de sécurité sociale

- A. Généralités
- B. Assurance maladie
- C. Accidents du travail, maladies professionnelles
- D. Vieillesse, invalidité, décès (survivants)
- E. Prestations familiales

A. Généralités

1) Structure

Le régime mauritanien couvre les travailleurs salariés contre les risques :

- vieillesse, invalidité, décès (survivants),
- accidents du travail, maladies professionnelles,
- prestations familiales.

L'employeur est tenu, dans le cadre du droit du travail, d'assumer le paiement des indemnités journalières en cas de maladie.

Les indemnités journalières de maternité sont servies dans le cadre des prestations familiales.

Ce régime ne couvre pas contre le risque chômage.

Les travailleurs indépendants ne sont pas couverts contre ces risques.

En septembre 2005, la République Islamique de Mauritanie a institué un régime d'assurance maladie obligatoire pour les salariés des institutions publiques. Par la Loi n° 2012-007 du 7 février 2012, ce régime obligatoire a été étendu aux :

- employés des sociétés privées ;
- journalistes de la presse privée ;
- personnes exerçant une profession libérale, travailleurs indépendants exerçant pour leur compte une activité génératrice de revenu, quelle que soit la nature de l'activité ou du revenu ;
- titulaires de pension du secteur privé.

2) Organisation

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) - B.P. 224, Place de l'O.I.T.- NOUAKCHOTT - Tél. : (00 222) 45.25.75.84 - Fax : (00 222) 45.25.51.11, établissement public à caractère industriel et commercial, est en charge de la gestion des risques vieillesse, invalidité, décès (survivants), accidents du travail, maladies professionnelles, prestations familiales, sous tutelle du Ministère de la Fonction publique et du Travail.

[La Caisse Nationale d'Assurance Maladie \(CNAM\)](#) - B.P. 224, place de l'OIT - NOUAKCHOTT - Tél. : (00 222) 45.02.20.43 - Fax : (00 222) 45.24.32.05, établissement public à caractère administratif sous tutelle du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, gère le régime d'assurance maladie.

3) Financement

Travailleurs salariés

Cotisations au 1er janvier 2014

Branche	Part patronale	Part salariale	Plafond
Maladie	4 %	5 %	Totalité du salaire

Branche	Part patronale	Part salariale	Plafond
Vieillesse - Invalidité - Décès (survivants)	6 %	3%	70.000 MRO ¹
Accidents du travail Maladies professionnelles	3 % (2,5 % si l'employeur assure le service des soins et des prestations en espèces d'incapacité temporaire)	-	70.000 MRO
Prestations familiales dont prestations en espèces de maternité	3 %	-	70.000 MRO

¹ Au 1er septembre 2014, 1 ouguiya vaut 0,0027 euros.

Le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) s'élève à 30.000 ouguiyas depuis le 1er septembre 2011.

Travailleurs non-salariés

Les travailleurs indépendants cotisent à hauteur de 9 % au risque maladie sur la totalité des revenus.

Ils ne sont pas couverts pour les risques vieillesse/invalidité/décès, accidents du travail/maladies professionnelles et prestations familiales.

Titulaires de pension

Les titulaires de pension du secteur privé cotisent au risque maladie à hauteur de 2,5 % de leur pension de vieillesse.

B. Assurance maladie

Les salariés, les non-salariés et les pensionnés bénéficient du régime obligatoire d'assurance maladie.

Les personnes pouvant bénéficier du régime d'assurance maladie en tant qu'ayants droit sont :

- Le conjoint de l'assuré ;
- Les enfants de l'assuré, âgés de 21 ans au plus ;
- Les enfants de l'assuré, sans limite d'âge, atteints d'un handicap les empêchant d'exercer une activité rémunérée ;
- Les ascendants directs de l'assuré sur la demande de ce dernier.

1) Soins

Les modalités de remboursement sont déterminées par le décret n° 2007-042 du 1^{er} février 2007 qui fixe les taux de couvertures et modalités de remboursement des prestations de soins :

- 67 % pour les médicaments ;
- 80 % pour les consultations et examens complémentaires (analyses et imagerie radiologique) ;
- 90 % pour les hospitalisations et la rééducation fonctionnelle ;
- 100 % pour les évacuations sanitaires à l'étranger, l'hémodialyse ainsi que les soins d'affections lourdes ou chroniques dites affections de longue durée (ALD).

L'assuré qui bénéficie des soins ambulatoires et des médicaments délivrés dans une structure agréée par la CNAM peut en obtenir le remboursement par la CNAM en adressant les feuilles de soins.

Le ticket modérateur (part restant à la charge de l'assuré) payé par l'assuré ne doit pas dépasser 1.500 MRO par médicament et 10.000 MRO par hospitalisation ; au delà de ces montants, la CNAM rembourse le dépassement à l'assuré.

Pour une hospitalisation dans une structure agréée, l'assuré ne paie que le ticket modérateur sur la base des tarifications CNAM.

En cas d'hospitalisation dans une clinique privée, l'assuré garde à sa charge 10 % du tarif CNAM plus la différence entre le tarif CNAM et la structure privée.

2) Evacuation sanitaire

Tout assuré ayant contracté une maladie qui ne peut être soignée sur le territoire est évacué à l'étranger.

Pour obtenir une évacuation sanitaire, le patient doit présenter un dossier médical auprès de la CNAM. Cette dernière vérifie et transmet le dossier au Conseil National de Santé qui statue sur la nécessité ou non de l'évacuation.

La CNAM délivre ensuite une prise en charge vers un prestataire étranger conventionné (Maroc, Tunisie, Sénégal et en France) ainsi qu'un titre de transport.

L'intégralité des frais de transport, de soins, d'hospitalisation, d'interventions chirurgicales, d'exams, d'analyses et de médicaments sont pris en charge par la CNAM.

3) Indemnités journalières de maladie

Dans le cadre du Code du travail, l'employeur assume le paiement des indemnités journalières en cas de maladie, pendant un nombre de jours défini selon la convention collective applicable.

C. Accidents du travail, maladies professionnelles

Les travailleurs indépendants ne sont pas couverts pour les risques accidents du travail - maladies professionnelles.

Aucune condition préalable de stage n'est requise pour l'attribution des prestations d'accidents du travail - maladies professionnelles.

L'employeur doit déclarer l'accident ou la maladie dans les 48 heures. Les prestations servies comprennent :

- les soins médicaux nécessités par la lésion résultant de l'accident ;
- en cas d'incapacité temporaire de travail, l'indemnité journalière ;
- en cas d'incapacité permanente, totale ou partielle, la rente ou l'allocation d'incapacité ;
- en cas de décès, les rentes de survivants et l'allocation des frais funéraires.

1) Soins

A l'exception des soins de première urgence qui sont à la charge de l'employeur, les soins médicaux sont fournis par la caisse ou par les établissements choisis parmi les formations officielles et les formations privées agréées par les autorités médicales, auquel cas les soins font l'objet d'un remboursement sur la base du tarif forfaitaire établi par voie d'accord entre ces établissements et la caisse.

2) Incapacité temporaire

La rémunération de la journée complète au cours de laquelle le travailleur a cessé son travail est intégralement à la charge de l'employeur.

L'indemnité journalière est versée dès le lendemain de l'accident et son montant est égal aux deux tiers de la rémunération journalière moyenne de la victime jusqu'à sa complète guérison.

3) Incapacité permanente

Rente d'incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente totale dûment constatée, la victime a droit à une rente d'incapacité totale égale à 85 % de la rémunération moyenne mensuelle.

La pension est majorée de 50 % si l'intéressé a besoin de l'assistance d'une tierce personne.

La victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité partielle permanente a droit à une rente lorsque le degré de son incapacité est égal ou supérieur à 15 %.

Le montant de la rente d'incapacité permanente partielle est, selon le degré d'incapacité, proportionnel à celui de la rente à laquelle la victime aurait eu droit en cas d'incapacité permanente totale.

Allocation d'incapacité

L'allocation d'incapacité est versée en une seule fois lorsque le degré de l'incapacité est inférieur à 15 %.

Le montant de l'allocation d'incapacité est calculé en multipliant par trois le montant annuel de la rente correspondant au degré d'incapacité de la victime.

4) Décès (survivants)

Lorsque l'accident du travail est suivi du décès de la victime, les survivants ont droit aux rentes de survivants et à une allocation de frais funéraires.

Les rentes de survivants sont fixées à raison de :

- 20 % du salaire moyen que percevait l'assuré décédé, pour la veuve ou le veuf ;
- 10 % du salaire moyen que percevait l'assuré décédé, pour chaque orphelin (ouvrant droit aux allocations familiales) de père ou de mère ;
- 15 % du salaire moyen que percevait l'assuré décédé, pour chaque orphelin (ouvrant droit aux allocations familiales) de père et de mère ;
- 10 % du salaire moyen que percevait l'assuré décédé, pour chaque ascendant à charge.

Le total des pensions de survivants ne doit pas dépasser 100 % de la pension de l'assuré.

La rente d'orphelin peut se cumuler avec les allocations familiales.

L'allocation de frais funéraires est égale à trente fois la rémunération journalière moyenne.

D. Vieillesse, invalidité, décès (survivants)

Sont couverts tous les travailleurs salariés, y compris les travailleurs temporaires et occasionnels.

Les travailleurs indépendants ne sont pas couverts pour les risques vieillesse/invalidité/décès.

1) Pension de Vieillesse

Conditions

Les droits à pension de vieillesse sont ouverts à partir de 60 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes.

Pour prétendre à une pension de vieillesse, il faut remplir les conditions suivantes :

- avoir été immatriculé(e) depuis au moins 20 ans,
- avoir accompli au moins 60 mois d'assurance au cours des 10 dernières années,
- cesser toute activité salariée.

L'assuré qui satisfait aux conditions requises pour ouvrir droit à pension, peut prétendre en cas d'usure prématurée de l'organisme, à une pension anticipée (à partir de 55 ans pour les hommes et 50 ans pour les femmes).

Montant

La pension de vieillesse est égale à 20 % du salaire moyen perçu au cours des 3 ou 5 dernières années, la solution la plus favorable pour l'assuré étant retenue. Elle est augmentée de 1,33 % par tranche de 12 mois d'assurance accomplie au-delà de 180 mois.

La pension ne peut ni être inférieure à 60 % du SMIG, ni excéder 80 % de la rémunération moyenne de l'assuré.

Versement unique

L'assuré ayant atteint l'âge d'ouverture des droits à pension de vieillesse qui a accompli au moins 12 mois d'assurance et qui ne satisfait pas aux conditions requises pour percevoir une pension de vieillesse, a droit à une allocation de vieillesse versée en une seule fois qui représente un mois de salaire par année de cotisations.

2) Invalidité

Conditions

Pour être considéré comme invalide, il faut avoir perdu les deux tiers de ses capacités de gain.

L'assuré qui devient invalide avant d'atteindre l'âge de la retraite a droit à une pension d'invalidité s'il remplit les conditions suivantes :

- avoir été immatriculé à la caisse depuis au moins 5 ans,
- avoir accompli 6 mois d'assurance au cours des 12 derniers mois civils précédant le début de l'incapacité.

Si l'invalidité est due à un accident, il suffit que l'intéressé ait été assujéti à la CNSS au moment de l'accident.

Montant

La pension d'invalidité est égale à 20 % du salaire moyen perçu au cours des 3 ou 5 dernières années, la solution la plus favorable pour l'assuré étant retenue. Elle est augmentée de 1,33 % par tranche de 12 mois d'assurance accomplie au-delà de 180 mois.

La pension ne peut ni être inférieure à 60 % du SMIG, ni excéder 80 % de la rémunération moyenne de l'assuré.

Si le pensionné a besoin de l'assistance d'une tierce personne, sa pension est majorée de 50 %.

3) Décès (survivants)

Peuvent bénéficier d'une pension, les survivants du défunt qui était pensionné, aurait pu l'être ou qui justifiait de 180 mois de cotisations.

Les survivants pouvant bénéficier d'une pension de survivant peuvent être :

- le conjoint d'au moins 50 ans, le conjoint invalide, marié avec le défunt depuis au moins 1 an avant le décès ou la conjointe enceinte au moment du décès ;
- les enfants à charge jusqu'à 14 ans (et jusqu'à 21 ans s'ils sont en apprentissage, poursuivent leurs études ou sont handicapés).

Montant

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 du décès à raison de :

- 50 % pour la veuve ou le veuf,
- 25 % pour chaque orphelin de père ou de mère,
- 40 % pour chaque orphelin de père et de mère.

Le total des pensions de survivants ne doit pas dépasser 100 % de la pension de l'assuré.

Allocation de survivant

Si l'assuré décédé ne pouvait prétendre à une pension d'invalidité ou de vieillesse et comptait moins de 180 mois d'assurance à la date du décès, son conjoint survivant bénéficie d'une allocation de survivant, versée en une seule fois, d'un montant égal à une mensualité de pension qui aurait été due à l'assuré par tranche de 6 mois d'assurance.

E. Prestations familiales

Les travailleurs indépendants n'ouvrent pas de droit aux prestations familiales.

Les prestations familiales comprennent :

- l'indemnité journalière de maternité,
- les allocations prénatales,
- la prime à la naissance,
- les allocations familiales.

Elles couvrent les travailleurs salariés ayant au moins un enfant.

1) Prestations de maternité

Conditions

Les indemnités journalières de maternité sont servies sous réserve que l'intéressée justifie de 12 mois d'immatriculation et de 54 jours ou 360 heures de travail au cours des 3 derniers mois civils.

Montant

Les indemnités journalières représentent 100 % du salaire journalier moyen des 3 mois précédant l'arrêt de l'activité. Elles sont versées pendant 14 semaines dont 6 avant l'accouchement et 8 après à toute femme qui cesse son activité salariée à l'occasion d'une maternité .

2) Prestations familiales

Généralités

Les travailleurs assujettis qui ont un ou plusieurs enfants à charge, bénéficient des prestations familiales pour les mois pendant lesquels ils ont accompli un minimum de travail de 18 jours ou de 120 heures et perçu un salaire égal au SMIG.

Les prestations familiales comprennent les allocations prénatales, la prime à la naissance, les allocations familiales.

Allocations prénatales

Le droit aux allocations prénatales est reconnu à toute femme salariée ou conjoint d'un travailleur salarié pour les 9 mois précédant la naissance, à condition que la déclaration de grossesse ait lieu au cours des 3 premiers mois de la grossesse et à compter du jour de la déclaration, si celle-ci a lieu après ce délai.

L'attribution des allocations prénatales est subordonnée au passage d'examens médicaux par la mère. Elles s'élèvent à 2.160 MRO et sont versées en trois fractions.

Prime à la naissance

Cette prime est versée si la mère et l'enfant subissent des examens médicaux réglementaires. Seuls les trois premiers enfants y ouvrent droit (2.880 MRO pour chacun des trois premiers enfants).

Allocations familiales

Pour l'ouverture du droit aux allocations familiales sont considérés comme à charge les enfants :

- jusqu'à l'âge de 14 ans,
- jusqu'à 21 ans s'ils sont en apprentissage, poursuivent leurs études ou sont handicapés.

Elles s'élèvent à 300 MRO par enfant et par mois.

La caisse peut confier aux employeurs le versement des allocations familiales qui en tout état de cause sont payables à la mère.