

Le régime tunisien de sécurité sociale (salariés)

- A. Généralités
- B. Financement
- C. Les assurances sociales
- D. Prestations familiales
- E. Accidents du travail - maladies professionnelles
- F. Pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants dans le secteur non agricole
- G. Chômage

A. Généralités

La protection sociale tunisienne couvre les travailleurs salariés contre l'ensemble des risques y compris le chômage.

1) Structure

Les régimes de sécurité sociale applicables diffèrent suivant la catégorie professionnelle :

- dans le secteur non agricole, il existe un régime général, un régime complémentaire et un régime des travailleurs indépendants ;
- dans le secteur agricole, les salariés et les exploitants sont couverts.

Les salariés agricoles, les exploitants et travailleurs indépendants dans l'agriculture et les fonctionnaires bénéficient de dispositions distinctes.

2) Affiliation

Les employeurs sont tenus de s'affilier à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et déclarer les salariés qu'ils emploient auprès d'elle dans un délai n'excédant pas un mois à compter de la date d'engagement. En cas de défaillance de l'employeur, le salarié a le droit de demander lui-même son immatriculation.

3) Organisation administrative

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) - 49, avenue Taïeb M'HIRI - 1002 TUNIS BELVÉDÈRE - Tél. : 00 (216) 71 849 833 ou 71 846 583 ou 71 845 925 ou 71 796 744 - Fax : 00 (216) 71 783 223 - site internet : www.cnss.nat.tn, est compétente en matière d'assurances vieillesse, invalidité, survivants, décès, chômage et prestations familiales. Elle gère ces régimes de sécurité sociale par le biais de ses bureaux régionaux implantés dans les chefs-lieux de gouvernorats (l'équivalent des préfectures en France).

Par ailleurs, les assurances maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles sont gérées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) - 12, Abou Hamed El Gazely - Montplaisir 1073 - BP 77 - 1080 TUNIS CEDEX - Tél. : 00 (216) 71 104 200 - Fax : 00 (216) 71 104 385 - site internet : www.cnam.nat.tn.

B. Financement

Travailleurs salariés

COTISATIONS AU 1er JANVIER 2014 (régime général)

BRANCHES	A la charge de l'employeur	A la charge du salarié	Total
Vieillesse, invalidité, survivants	7,76 %	4,73 %	12,5 %
Maladie, maternité	5,08 %	3,16 %	8,24 %

COTISATIONS AU 1er JANVIER 2014 (régime général)			
BRANCHES	A la charge de l'employeur	A la charge du salarié	Total
Prestations familiales	2,21 %	0,88 %	3,10 %
Accidents du travail/Maladies professionnelles	entre 0,4 et 4 %	-	entre 0,4 et 4 %
Prévoyance sociale des travailleurs - Fonds spécial d'Etat	1,51 %	0,38 %	1,90 %
TOTAL	entre 16,97 et 20,57 %	9,18 %	entre 26,15 et 29,75 %
Retraite complémentaire (1)	6 %	3 %	9 %

(1) Uniquement pour les établissements adhérents à ce régime

La cotisation obligatoire du régime accidents du travail et maladies professionnelles est à la charge de l'employeur uniquement ; elle varie entre 0,4 % et 4 % selon le secteur d'activité. Elle également être modulée en fonction des manquements de l'employeur aux règles de sécurité, ou de ses efforts de prévention).

Les cotisations de base sont versées sur la totalité du salaire.

Pour la retraite complémentaire, les cotisations sont versées sur la tranche de salaire dépassant 6 fois le SMIG (servant de base pour le calcul des prestations).

Le salaire mensuel minimum interprofessionnel garanti (SMIG) est depuis le 20 septembre 2012, de 381,808 dinars pour 48 heures de travail par semaine et de 259,479 dinars pour 40 heures (au 1er octobre 2013, 1 dinar vaut 0,44 euros).

Les cotisations sont versées à la CNSS.

C. Les assurances sociales

Les assurances sociales sont constituées des soins de santé ainsi que des indemnités en espèces en cas de maladie, maternité ou décès.

Conditions

Pour bénéficier des prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie-maternité, l'assuré doit justifier soit de 50 jours de travail au moins pendant les 2 trimestres civils précédant, soit de 80 jours au moins pendant les 4 derniers trimestres.

Bénéficiaires

Les prestations en nature sont servies à l'assuré et à ses ayants droit (le conjoint, les enfants jusqu'à l'âge de vingt ans en cas de poursuite d'études universitaires, ou sans limitation si l'enfant est handicapé, et les ascendants à charge qui ne bénéficient d'aucune couverture en matière de soins de santé). L'ascendant âgé d'au moins 60 ans, auquel le travailleur assure d'une façon effective et permanente le logement, la nourriture et l'habillement (condition d'âge non exigée pour les veuves et les ascendants atteints d'une infirmité les rendant incapables de subvenir à leurs propres besoins) est considéré comme à charge.

1) Maladie

a/ Prestations en nature

A côté des établissements sanitaires et hospitaliers relevant de l'État, les assurés sociaux ont accès aux consultations externes des polycliniques de la CNSS. Il en existe six actuellement dans les villes suivantes : Elkhadra, Sousse, Sfax, Bizerte, Metlaoui et Elomrane.

Depuis 2007, le régime de base géré par la CNAM garantit la prise en charge des frais des prestations de soins prodiguées dans les secteurs public et privé nécessaires à la sauvegarde de la santé des assurés sociaux et de leurs ayants droits.

La caisse délivre à tout bénéficiaire du régime d'assurance maladie un carnet de soins qu'il doit présenter aux prestataires de soins.

Le régime de base prend en charge, sur la base des tarifs forfaitaires de référence et sans plafonnement, les appareillages et prothèses orthopédiques, les frais de transport sanitaire nécessités par l'état de santé de l'assuré, les soins relatifs à la chirurgie cardiovasculaire, l'hémodialyse, les scanners, les IRM, les soins thermaux, la rééducation fonctionnelle.

Les frais de soins dispensés au titre d'une API (affections lourdes ou chroniques inscrites sur une liste) sont pris en charge intégralement par la caisse.

Le tarif conventionnel d'une consultation chez un médecin généraliste est de 18 dinars et de 30 dinars chez un médecin spécialiste.

Les prestations de soins ambulatoires sont prises en charge selon trois couvertures. Tout assuré social est dans l'obligation de choisir l'une de ces trois filières de soins :

La filière publique (carte bleue)

Cette filière permet à l'assuré et à ses ayants droit de bénéficier de tous les soins (ambulatoires et hospitalisations) auprès de toutes structures sanitaires publiques, conventionnées avec la caisse ou polycliniques de la CNSS moyennant le paiement d'un ticket modérateur plafonné sur un an à un salaire et demi pour le salarié, une pension et demie pour le pensionné et une fois et demi le revenu mensuel correspondant à la catégorie des revenus déclarés pour le travailleur non salarié.

Les prestataires de soins dans le cadre de cette filière sont payés directement par la caisse et l'assuré social procède au paiement seul du ticket modérateur pour tous les soins (ambulatoires et hospitalisations).

La filière privée (carte jaune)

L'assuré qui opte pour la filière privée de soins s'engage à consulter préalablement le médecin de famille auprès duquel il est inscrit sauf pour les spécialités comme la gynécologie, l'obstétrique, l'ophtalmologie, la pédiatrie, les soins dentaires et les API (affections lourdes ou chroniques inscrites sur une liste).

Les prestataires de soins dans le cadre de cette filière seront payés directement par la caisse et l'assuré social procèdera au paiement seul du ticket modérateur sauf en ce qui concerne les soins dentaires où l'assuré procèdera au paiement de la totalité des frais et se fera rembourser par la caisse dans la limite des taux prévus.

Les taux de prise en charge des frais médicaux varient entre 40 % pour certains médicaments (85 % pour les essentiels et 100 % pour les vitaux), 50 % pour les actes de médecine dentaire, 70 % pour les actes para médicaux et les consultations médicales, 75 % pour les actes de radiologie et les analyses biologiques, 80 % pour les actes médicaux et obstétricaux.

Les hospitalisations, effectuées dans les structures sanitaires publiques ou établissements privés conventionnés avec la caisse avec accord préalable de la caisse sont prises en charge moyennant le paiement du ticket modérateur par l'assuré.

La caisse prend en charge les frais des prestations de soins ambulatoires dans la limite d'un plafond annuel dont sont exclus les frais concernant les API (affections lourdes ou chroniques inscrites sur une liste), les hospitalisations de jour, les scanners, les IRM, les soins thermaux, l'hémodialyse, les appareillages et prothèses, la rééducation fonctionnelle.

Ce plafond annuel est fixé à 200 dinars par assuré social et 50 dinars pour chaque personne à charge. Au delà de ce plafond, les frais hors API restent à la charge de l'assuré.

Le système de remboursement des frais (carte verte)

Dans le cadre de ce système, l'assuré peut accéder à tous les fournisseurs de soins conventionnés des secteurs public et privé moyennant le paiement de l'intégralité des tarifs conventionnels. L'assuré est ensuite remboursé conformément aux taux de prise en charge (même taux que dans la filière privée) et dans la limite d'un plafond annuel fixé à 200 dinars par assuré social et 50 dinars pour chaque personne à charge. Au delà de ce plafond, les frais hors API restent à la charge de l'assuré.

Pour bénéficier du remboursement des frais, l'assuré doit déposer une demande de remboursement dans un délai maximum de 60 jours à compter de la date des soins.

Hospitalisation

Les conditions de prise en charge des hospitalisations dans les hôpitaux publics et cliniques privées sont identiques pour tous les assurés quelle que soit l'option de couverture choisie.

Dans les hôpitaux publics, l'assuré, quelle que soit la nature de sa couverture santé, ne paie que le ticket modérateur. Dans les cliniques privées, la CNAM peut prendre en charge les frais d'interventions chirurgicales inscrites dans une liste ainsi que les accouchements à condition qu'il y ait une demande de prise en charge préalable auprès de la caisse.

b/ Prestations en espèces

En cas de maladie, des prestations en espèces sont versées sous certaines conditions. L'assuré doit justifier soit de 50 jours de travail au moins pendant les 2 trimestres civils précédant, soit de 80 jours au moins pendant les 4 derniers trimestres.

L'indemnité journalière est servie à partir du 6ème jour d'arrêt maladie et dans la limite de 180 jours.

A partir du 180ème jour et après accord de la commission médicale de la CNAM, une indemnité est octroyée en ce qui concerne les cas de maladie de longue durée, d'hospitalisation, de blessure ou d'accident.

Montant

Elles sont égales aux deux tiers du salaire journalier moyen plafonné à 2 fois le SMIG ; en cas de prolongation, elles sont maintenues aux deux tiers au cours des trois premières années puis réduites à 50 % pour les périodes ultérieures.

2) Maternité

a/ Prestations en nature

Pour le suivi de grossesse, le taux de prise en charge varie entre 70 % pour une consultation médicale et 85 % pour l'achat de médicaments essentiels (100 % pour les médicaments vitaux) ; l'assurée devra présenter et faire remplir un bulletin de soins à chaque prestataire de soins. Une fois rempli par les différents prestataires, le bulletin doit être adressé à la CNAM dans les 60 jours qui suivent la date de consultation auprès du médecin traitant.

Concernant l'accouchement d'une assurée sociale ou d'un ayant droit dans une clinique privée conventionnée, le montant du remboursement des frais médicaux et de clinique s'effectuera à hauteur de 350 Dinars (700 Dinars pour une césarienne). Le bulletin de soins accompagné de l'extrait de naissance du nouveau né doit être adressé à la CNAM.

b/ Prestations en espèces

L'assurée justifiant de 80 jours de travail pendant les 4 trimestres civils précédant celui de l'accouchement a droit à des indemnités journalières égales aux deux tiers du salaire journalier moyen plafonné à 2 fois le SMIG et pendant la période légale du congé de maternité soit 30 jours, une prolongation étant possible en cas de maladie consécutive à la grossesse ou à l'accouchement.

3) Décès

Les indemnités de décès sont accordées à l'assuré salarié, en cas de décès de son conjoint ou de ses enfants, à condition de justifier de 50 jours de travail pendant les deux trimestres civils ou 80 jours de travail pendant les quatre trimestres civils précédant celui au cours duquel est survenue la disparition.

Allocation de décès

Elle est égale à l'indemnité journalière versée en cas de maladie, multipliée par un coefficient variable suivant la qualité et l'âge du défunt (90 pour le conjoint ou un enfant de plus de 16 ans, 45 pour un enfant entre 6 et 16 ans, 30 pour un enfant entre 2 et 6 ans et 10 pour un enfant de moins de 2 ans).

Capital Décès

Les ayants droit d'un assuré remplissant les conditions de durée de travail bénéficient d'un capital décès (pas de condition de stage en cas d'accident non professionnel).

Pour les ayants droit d'un travailleur salarié :

Le montant du capital décès est égal à une annuité de salaire, calculée sur la base moyenne annuelle des salaires soumis à cotisations que l'assuré a perçus au cours des 3 ou 5 dernières années précédant le décès, selon que l'une ou l'autre de ces périodes de référence est la plus avantageuse (salaires plafonnés à 6 fois le SMIG rapportés à une durée d'occupation annuelle de 2.400 heures).

Le montant du capital décès est majoré de 1/12e par période de douze mois de cotisations, sans que cette majoration puisse excéder l'équivalent de 18 mois de salaire. Il est majoré de 10 % par enfant à charge et ne peut être inférieur au SMIG rapporté à une période d'occupation de 2.400 heures.

Pour les ayants droit d'un pensionné :

Le montant du capital décès est réduit à 50 % ; ce pourcentage est lui-même réduit en fonction de l'âge de l'assuré au moment du décès (à 40 % si l'assuré est décédé après l'âge de 70 ans mais à 20 % s'il est décédé après l'âge de 80 ans révolus).

Le capital décès est versé en principe à raison d'un tiers au conjoint et des deux tiers aux enfants.

A défaut de conjoint et d'enfants, le capital est attribué par parts égales au père et à la mère du défunt, sous réserve qu'ils aient été au moment du décès à la charge de l'assuré et soient âgés d'au moins 60 ans (limite d'âge ramenée à 55 ans pour la mère veuve ou divorcée, pas de limite d'âge pour les père et mère infirmes ou atteints d'une maladie grave les rendant incapables de subvenir à leurs besoins) et non pensionnés.

D. Prestations familiales

1) Allocations familiales

La loi du 6 mai 1988 limite le versement des allocations et avantages familiaux aux trois premiers enfants.

Les enfants doivent être à charge du travailleur qui en assure la garde : outre ses propres enfants, sont considérés comme tels les enfants adoptés par le travailleur, placés en "tutelle officieuse" (frères et sœurs orphelins moyennant un acte notarié), donnés à titre de "placement familial" (enfant abandonné) et ceux dont la garde a été confiée au travailleur.

L'âge limite est en principe de 16 ans (18 ans pour les enfants en apprentissage qui ne perçoivent pas une rémunération supérieure à 75 % du SMIG ; 21 ans pour ceux qui poursuivent leurs études ou les jeunes filles qui remplacent leur mère au foyer ; sans limite d'âge pour les enfants invalides ou handicapés).

Les allocations familiales sont maintenues notamment au profit des enfants de pensionnés de vieillesse ou d'invalidité, de titulaires de prestations de survivants et des orphelins. Enfin, les étudiants pères de famille ont droit aux allocations familiales et, le cas échéant, à la majoration pour salaire unique (loi n° 88-40 du 6 mai 1988).

Elles sont dégressives avec le nombre d'enfants :

- pour le premier enfant, 18 % d'un salaire plafonné à 122 dinars par trimestre (7,320 dinars par mois) ;
- pour le second, 16 % (6,506 dinars par mois) ; pour le 3e 14 % (5,693 dinars par mois).

2) Majoration pour salaire unique

L'assuré ayant des enfants à charge ouvrant droit aux allocations familiales et dont le conjoint ne travaille pas a droit à cette majoration égale, par mois, à 3,125 dinars si le foyer comporte un enfant, le double (6,250 dinars) s'il en comporte deux et 7,825 dinars, s'il en a trois ou plus.

La majoration pour salaire unique est versée par l'employeur en même temps que la rémunération mensuelle.

3) Allocations pour congés de naissance

A l'occasion de chaque naissance, le père salarié bénéficie d'un jour de congé dans le courant des 7 jours suivant la naissance.

Le remboursement à l'employeur est effectué par la CNSS de l'avance faite en exécution de l'article 122 du Code du Travail.

4) Contribution aux frais de crèche

Une prise en charge peut être accordée à la mère exerçant une activité salariée et dont le salaire ne dépasse pas deux fois et demie le SMIG pour 48 heures de travail par semaine. Cette contribution est versée pour les enfants ouvrant droits aux prestations familiales et dont l'âge est compris entre 2 et 36 mois. Elle s'élève à 15 dinars par enfant et par mois pendant 11 mois.

E. Accidents du travail - maladies professionnelles

Les employeurs sont tenus de s'affilier auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et supportent l'intégralité de la charge des cotisations.

Les prestations en nature (soins) sont servies dans le cadre de l'assurance maladie.

L'obtention des droits n'est pas subordonnée à une condition de stage. Les soins sont dispensés gratuitement dans les formations sanitaires publiques.

1) Incapacité temporaire

En cas d'incapacité temporaire, les indemnités journalières représentent les deux tiers du salaire journalier. Il existe un délai de carence de 3 jours pour le versement par la CNAM des indemnités journalières, sauf en cas d'hospitalisation où les indemnités sont versées dès le 2ème jour.

2) Incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente inférieure ou égale à 5 %, aucune indemnité n'est due ; si l'incapacité est supérieure à 5 % mais inférieure à 15 %, la victime perçoit uniquement un capital égal à 3 fois le montant de la rente.

Lorsque l'incapacité permanente est supérieure à 15 %, la victime a droit à une rente égale au salaire moyen multiplié par le taux d'incapacité (réduit de moitié pour la partie du taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie du taux excédant 50 %).

Le salaire pris comme base de calcul de l'indemnité ne doit en aucun cas être inférieur au SMIG ni être supérieur à 6 fois le SMIG.

Si la victime a besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, le montant de la rente est majoré de 25 %. Le supplément ainsi accordé ne peut pas être inférieur au salaire minimum garanti pour une durée de travail de 600 heures.

3) Décès (survivants)

Ont droit à une rente le conjoint survivant et les orphelins jusqu'à l'âge de 16 ans, 21 ans en cas de poursuite d'études et sans limitation pour la fille tant qu'elle ne dispose pas de ressources ou n'est pas à la charge de son mari et en cas d'infirmité rendant l'orphelin incapable d'exercer une activité.

Montant

La rente du conjoint est fixée à 50 % du salaire annuel du défunt ; si la victime avait des enfants pouvant prétendre à une rente, le taux est ramené à 40 %.

Le taux de la rente pour les orphelins est fixé à 20 % du salaire de la victime pour un seul orphelin, 30 % pour deux et 40 % pour plus de deux.

Dans le cas d'orphelin de père et de mère, le taux de la rente est fixé à 50 % du salaire annuel de la victime, 60 % pour deux, 70 % pour trois et 80 % pour quatre orphelins et plus.

En l'absence de conjoint ou d'enfants, d'autres ayants droits (petits-enfants, parents, grands-parents) à charge de la victime peuvent prétendre à une rente d'un montant égal à 20 % du salaire annuel du défunt par bénéficiaire sans que le montant total alloué ne dépasse 50 %.

L'indemnité funéraire est égale au salaire d'un mois et elle ne peut pas être inférieure à 200 heures de SMIG.

Le salaire pris comme base de calcul de la rente ne doit en aucun cas être inférieur au SMIG ni être supérieur à 6 fois le SMIG.

F. Pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants dans le secteur non agricole

1) Vieillesse

a) Conditions

L'assuré doit être âgé d'au moins 60 ans, justifier d'au moins 120 mois de cotisations et cesser toute activité professionnelle salariée assujettie aux régimes de sécurité sociale (55 ans pour ceux qui ont été occupés à des travaux pénibles ou insalubres). En deçà de 120 mois de cotisation, une **pension proportionnelle** est accordée à ceux qui justifient de 60 mois de cotisations au minimum.

Par ailleurs, une **pension anticipée** peut être attribuée dans les cas suivants :

A partir de 50 ans :

- licenciement économique avec au minimum 60 mois de cotisations ;
- usure prématurée de l'organisme avec au minimum 60 mois de cotisations ;
- femme salariée mère de 3 enfants en vie justifiant d'au moins 180 mois de cotisations ;

A partir de 55 ans :

- pour convenance personnelle, avec 360 mois de cotisations.

La poursuite de toute activité professionnelle assujettie au régime de sécurité sociale au-delà de l'âge légal de mise à la retraite n'est autorisée que dans l'hypothèse où ces périodes ont pour effet de parfaire le stage nécessaire à l'ouverture du droit à pension.

b) Montant

La pension est basée sur les salaires soumis à cotisations que l'assuré a perçus au cours des 10 dernières années précédant l'âge d'ouverture du droit.

Pour 120 mois de cotisations, le taux de la pension est de 40 % ; au-delà la pension est majorée de 0,5 % par période de 3 mois de cotisations supplémentaires, sans pouvoir dépasser 80 % du salaire, après 30 ans de travail.

Le taux obtenu est multiplié par le salaire mensuel moyen des 10 dernières années, actualisé et plafonné à 6 fois le SMIG.

Le montant minimum annuel des pensions de vieillesse ne peut être inférieur aux deux tiers du SMIG correspondant à 2.400 heures de travail.

Le montant maximum de la pension de vieillesse ne peut excéder 80% du salaire moyen mensuel de l'assuré plafonné à 6 SMIG.

Les pensions proportionnelles ne sauraient être inférieures à la moitié du SMIG.

2) Invalidité

a) Conditions

Une pension d'invalidité est accordée en cas de réduction des deux tiers de la capacité de travail ou de gain.

L'assuré ne doit pas avoir atteint l'âge requis pour pouvoir prétendre à une pension de vieillesse (60 ans).

Une période préalable de 60 mois de cotisations est exigée (pas de condition en cas d'accident non professionnel si l'assuré justifie son immatriculation).

b) Montant

La pension d'invalidité est égale à 50 % du salaire mensuel moyen de référence au titre d'une période allant de 20 à 60 premiers trimestres. Toute fraction de cotisation supérieure à 180 mois ouvre droit, par période de 3 mois de cotisations supplémentaires, à une majoration égale à 0,5 % du salaire de référence sans que le total de la pension puisse excéder 80 % dudit salaire. Le taux obtenu est multiplié par le salaire mensuel moyen des 10 dernières années, actualisé et plafonné à 6 SMIG.

En cas d'assistance d'une tierce personne, la pension est majorée de 20 %.

La pension d'invalidité est transformée en pension de vieillesse lorsque l'intéressé atteint l'âge requis pour avoir droit à pension de vieillesse (60 ans ou 55 ans).

La pension minimum d'invalidité est égale aux deux tiers du SMIG.

3) Décès (Survivants)

a) Conditions

Cette prestation est servie au conjoint légalement marié d'un assuré décédé, titulaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse ou en activité et ouvrant droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse au moment de son décès. L'assuré décédé aura réalisé au moins 60 mois de cotisations validées.

b) Montant

Pour le conjoint sans enfant d'un assuré social, la pension est égale à 75 % de celle dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier le "de cujus".

Dans le cas d'un conjoint survivant avec un orphelin, le conjoint reçoit 70 % et l'orphelin 30 %. Dans l'hypothèse d'un conjoint avec deux orphelins ou plus, le conjoint reçoit 50 % et les deux orphelins 50 % également.

Les orphelins ont droit à une pension temporaire d'orphelins en principe jusqu'à l'âge de 16 ans sans condition, jusqu'à 21 ans en cas de poursuite d'études et sur justification et sans limite d'âge pour les invalides et les handicapés.

En aucun cas, le montant cumulé des pensions de conjoint survivant et d'orphelins ne doit excéder le montant de la pension du défunt, il sera alors appliqué une réduction temporaire des pensions d'orphelins.

Le paiement de la pension de survivant est suspendu lorsque le conjoint survivant se remarie.

4) Remboursement des cotisations

C'est un versement unique qui n'est accordé qu'aux assurés ayant l'âge légal de mise à la retraite et qui ont cotisé moins de 60 mois.

Le montant du versement est égal aux retenues effectuées sur les salaires au titre des cotisations salariales au régime de pension.

5) Régime complémentaire

Le montant annuel de la pension est égal au produit des points acquis par la valeur du point à la date de liquidation de la retraite. Ce sont les mêmes conditions d'âge que pour la pension vieillesse qui sont requises, l'assuré devant justifier, par ailleurs, de plus de 100 points.

Le régime complémentaire attribue aussi bien des pensions complémentaires de retraite et d'invalidité que de survivants. Les cotisations versées peuvent être remboursées si le nombre de points est inférieur à 100. Contrairement au régime général, le conjoint reçoit 50 % de la pension du "de cujus" et les orphelins 20 % s'ils sont orphelins de père, et 30 %, s'ils sont orphelins de père et de mère.

G. Chômage

Un régime de protection contre le chômage a été introduit en faveur des seuls salariés privés involontairement de leur emploi, ayant cotisé au moins 3 années successives auprès de la même entreprise et inscrits au bureau d'emploi depuis plus d'un mois sans y avoir reçu d'offre d'emploi.

La demande est présentée auprès du Ministère des Affaires Sociales et instruite par l'Inspection du Travail compétente.

L'aide accordée représente le montant du dernier salaire perçu dans la limite du SMIG et est versée pendant 12 mois. Les chômeurs bénéficient sous certaines conditions, du maintien des allocations familiales, de la majoration pour salaire unique et du droit aux soins pendant un an à compter du premier jour qui suit le trimestre d'arrêt de travail.

Au 1er octobre 2013, 1 dinar vaut 0,44 euros.