

LOIS ET ORDONNANCES

Ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 relative à l'organisation d'un nouveau régime d'assurances sociales agricoles.

AU NOM DU PEUPLE,

Le Chef du Gouvernement Président du Conseil des ministres,

Sur le rapport du ministre de l'agriculture et de la réforme agraire et du ministre du travail et des affaires sociales,

Vu la loi n° 52-1403 du 30 décembre 1952 édictant les mesures de contrôle, les règles des contentieux et les pénalités des régimes de sécurité sociale de mutualité sociale agricole et des accidents du travail ;

Vu les ordonnances n° 65-182 du 10 juillet 1965 et 70-53 du 18 Djoumada I 1390 correspondant au 21 juillet 1970, portant constitution du Gouvernement ;

Vu l'ordonnance n° 68-653 du 30 décembre 1968 relative à l'autogestion dans l'agriculture ;

Vu le décret n° 68-499 du 7 août 1968 confiant à la caisse agricole de retraite, la gestion de tous les régimes complémentaires de retraite et de prévoyance dans les professions agricoles ;

Vu le décret n° 69-36 du 25 mars 1969 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'agriculture et de la réforme agraire ;

Vu la décision du 24 avril 1957 organisant un régime d'assurances sociales agricoles en Algérie, homologuée par le décret du 28 mai 1957 ;

Ordonne :

Article 1^{er}. — Il est institué un nouveau régime d'assurances sociales qui garantit les travailleurs agricoles et leurs familles, contre les risques maladie, invalidité et décès, couvre les frais de maternité, assure une pension de vieillesse et, à titre transitoire, une allocation aux vieux travailleurs telle que prévue à l'article 31 ci-dessous.

Art. 2. — Le service des prestations est assuré par des caisses dont le statut juridique, le mode de gestion et le fonctionnement, seront précisés par décret.

TITRE I

ASSURANCE-MALADIE

Art. 3. — L'assurance-maladie comporte :

a) Au profit de l'assuré et des membres de sa famille tels que prévus à l'article 30 ci-dessous, la couverture des frais médicaux, des frais pharmaceutiques, d'hospitalisation, d'analyse de laboratoire, de radiologie, d'intervention chirurgicale, des frais d'appareillage et de lunetterie, des frais de soins et de prothèse dentaire, des frais de cures thermales en Algérie.

b) L'octroi d'une indemnité journalière à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre son travail.

Art. 4. — Les consultations médicales ont lieu soit dans les centres de médecine collective des caisses d'assurances sociales agricoles, soit dans les consultations externes des établissements hospitaliers.

Dans le cas où, en raison de son état ou en cas d'urgence, le malade ne peut se déplacer pour se rendre au centre de médecine collective ou à la consultation externe des établissements hospitaliers, l'assuré social s'adresse au praticien de son choix et paie directement la totalité des honoraires dus ; les frais médicaux comprennent, dans ce cas, les frais de déplacement du médecin.

Donnent lieu à remboursement, lorsque le malade ne peut se déplacer, ou en cas d'urgence, les frais entraînés par les soins dispensés en dehors des centres de médecine collective, par les auxiliaires médicaux, infirmiers diplômés et sages-femmes diplômées et qualifiées pour dispenser les soins.

L'assuré ayant reçu du médecin une ordonnance, la fait parvenir, pour exécution, au pharmacien de son choix et en acquitte le montant.

En ce qui concerne les analyses, examens de laboratoires et de radiologie, appareillage, lunetterie, soins et prothèse dentaire, l'assuré a, selon le cas, le libre choix entre les laboratoires, praticiens et établissements agréés.

Art. 5. — Le malade peut être hospitalisé, lorsque son état l'exige, sur le vu de l'attestation du médecin traitant ou du médecin de l'hôpital.

Les assurés sociaux peuvent s'adresser soit aux établissements publics, soit aux établissements privés agréés.

Art. 6. — Les frais prévus à l'alinéa a) de l'article 3 qui précède, sont remboursés sur justification de la dépense à concurrence de 80 % dans la limite des taux fixés pour le régime général de sécurité sociale et dans les conditions et sous les réserves existant dans ledit régime, sauf application des dispositions particulières prévues à l'article 51 ci-dessous.

Le taux de remboursement est porté à 100 % dans les cas suivants :

1°) lorsque les frais engagés par l'assuré le sont à l'occasion de tout acte ou série d'actes affectés, à la nomenclature générale des actes professionnels, d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ;

2°) lorsque, dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur en la matière, le bénéficiaire a été reconnu, après avis du contrôle médical, atteint de l'une des affections de longue durée ci-après : tuberculose, maladies mentales, cancer et poliomyélite ;

3°) pour les frais engagés à l'occasion des fournitures de sang, de plasma et de leurs dérivés ou du placement en couveuse des enfants prématurés.

Les frais pharmaceutiques, d'analyses et d'examen de laboratoire, de radiologie, les frais d'appareillage et de lunetterie, les frais de soins et de prothèse dentaire, les frais de cure thermale en Algérie, ne sont remboursés que s'ils ont été prescrits par le médecin traitant.

Les barèmes de remboursement des médicaments et les tarifs des honoraires médicaux et des frais accessoires dus aux praticiens et auxiliaires médicaux, sont ceux en vigueur dans le régime général.

Art. 7. — Les prestations en nature de l'assurance-maladie sont dispensées sans limitation de durée, dans des conditions qui seront déterminées par décret :

— à l'assuré lui-même tant qu'il ne sera pas en droit de prétendre à une pension d'invalidité,

— aux enfants et conjoint à charge.

Art. 8. — L'indemnité journalière prévue à l'alinéa b) de l'article 3 ci-dessus, est égale à la moitié du gain journalier de base sans pouvoir être supérieure au 1/60ème de la rémunération mensuelle entrant en compte pour le calcul des cotisations.

Elle est due à compter du 4ème jour d'incapacité de travail et au maximum pendant 3 ans et éventuellement, durant une quatrième année de rééducation dans les conditions qui seront déterminées par décret.

En cas d'hospitalisation à la charge de la caisse, l'indemnité journalière est servie intégralement lorsque l'assuré a deux enfants ou plus, à charge.

Elle est réduite :

— du cinquième si l'assuré a un enfant à charge

— de deux cinquièmes si l'assuré est marié sans enfant

— de trois cinquièmes dans tous les autres cas.

Art. 9. — Les caisses auront toujours le droit de faire visiter à leurs frais leurs assurés sociaux, soit par un médecin accrédité, soit par un de leurs représentants.