



الجمهورية الجزائرية
الديمقراطية الشعبية

الجريدة الرسمية

اتفاقات دولية، قوانين، أوامر ومراسيم
قرارات، مقررات، منشورات، إعلانات وبلاغات

	ALGERIE		ETRANGER		DIRECTION ET RÉDACTION Secrétariat Général du Gouvernement Abonnements et publicité IMPRIMERIE OFFICIELLE 7, 9 et 13, Av A Benbarek - ALGER Tél : 66-18-15 à 17 — C.C.P 3200-50 - ALGER
	6 mois	1 an	6 mois	1 an	
Edition originale	14 DA	24 DA	20 DA	35 DA	(Frais d'expédition en sus)
Edition originale et sa traduction	24 DA	40 DA	30 DA	50 DA	

Edition originale, le numéro : 0,25 dinar Edition originale et sa traduction, le numéro : 0,50 dinar. Numéro des années antérieures (1962-1970) : 0,50 dinar. Les tables sont fournies gratuitement aux abonnés. Prière de joindre les dernières bandes pour renouvellement et réclamations Changement d'adresse, ajouter 0,30 dinar Tarif des insertions : 3 dinars la ligne.

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
CONVENTIONS ET ACCORDS INTERNATIONAUX — LOIS, ORDONNANCES ET DÉCRETS,
ARRÊTES, DÉCISIONS, CIRCULAIRES, AVIS, COMMUNICATIONS ET ANNONCES
(Traduction française)

SOMMAIRE

LOIS ET ORDONNANCES

Ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 relative à l'organisation d'un nouveau régime d'assurances sociales agricoles, p. 334.

DÉCRETS, ARRÊTES, DÉCISIONS ET CIRCULAIRES

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA RÉFORME AGRAIRE

Décret n° 71-70 du 5 avril 1971 relatif aux modalités d'application des assurances-maladie et invalidité dans le secteur agricole, p. 338.

Décret n° 71-71 du 5 avril 1971 relatif aux modalités d'application de l'assurance-décès dans le secteur agricole, p. 348.

Décret n° 71-72 du 5 avril 1971 relatif aux modalités d'application de l'assurance-maternité dans le secteur agricole, p. 349.

Décret n° 71-73 du 5 avril 1971 relatif aux modalités d'application de l'assurance-vieillesse dans le secteur agricole, p. 352.

Décret n° 71-74 du 5 avril 1971 relatif aux modalités d'application de l'allocation aux vieux travailleurs dans le secteur agricole, p. 354.

Décret n° 71-75 du 5 avril 1971 relatif au fonds social des caisses de sécurité sociale agricole, p. 356.

Décret n° 71-76 du 5 avril 1971 relatif au financement des chargés des assurances sociales agricoles, p. 358.

Décret n° 71-77 du 5 avril 1971 portant organisation d'un régime de prestations familiales en agriculture, p. 360.

AVIS ET COMMUNICATIONS

Marchés. — Appels d'offres, p. 361.

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 thermique 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.

Au cas où l'intéressé s'opposerait à ces visites ou aux examens médicaux demandés, il serait déchu de ses droits aux prestations pour la période pendant laquelle le contrôle aurait été entravé.

TITRE II

ASSURANCE-INVALIDITE

Art. 10. — Sera considéré comme étant en état d'invalidité, l'assuré présentant une invalidité réduisant au moins des deux-tiers sa capacité de travail et de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession de la catégorie que l'intéressé exerçait avant la première constatation médicale, un gain supérieur au tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie.

L'invalidité ouvre droit à une pension dans des conditions qui seront déterminées par décret.

Art. 11. — Lorsque le bénéficiaire aura atteint l'âge fixé pour avoir droit à un avantage-vieillesse, celui-ci sera substitué à la pension d'invalidité.

Art. 12. — La pension est toujours concédée à titre temporaire. Elle peut être révisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité.

Art. 13. — L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité, conserve le bénéfice des prestations en nature en ce qui concerne :

- a) l'assurance-maladie
- b) l'assurance-maternité
- c) les accidents du travail.

Art. 14. — Les caisses ont toujours le droit de faire visiter à tout moment et à leurs frais, les invalides, par un médecin agréé.

Les constatations sur le taux d'invalidité ou sur les soins appropriés sont réglées dans les conditions prévues par la loi n° 52-1403 du 30 décembre 1952.

Art. 15. — Pour avoir droit à pension d'invalidité, la première constatation médicale de la cause de l'invalidité doit être antérieure au 60ème anniversaire de l'assuré.

TITRE III

ASSURANCE-MATERNITE

Art. 16. — L'assurance-maternité couvre les frais relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites. Les frais médicaux et pharmaceutiques sont remboursés sous forme d'un forfait dont le montant est fixé par arrêté du ministre du travail et des affaires sociales.

Le bénéfice de l'assurance-maternité n'est accordé que si l'accouchement a été pratiqué par un médecin ou une sage-femme diplômée.

En plus du forfait, lorsque l'accouchement a lieu à l'hôpital, la caisse intéressée rembourse au taux de 80 % les frais d'hospitalisation de la mère et de l'enfant pendant une durée maximum de 8 jours.

L'accouchement peut avoir lieu dans une clinique agréée. Dans ce cas, sont remboursés à l'assuré, en plus du forfait, les frais de séjour de la mère et de l'enfant pendant une durée maximum de 8 jours ainsi que les frais de salle de travail. Ces remboursements sont effectués sur la base des tarifs fixés par arrêté du ministre du travail et des affaires sociales. En tout état de cause, ils ne sauraient être supérieurs à 80 % des dépenses réellement exposées.

Art. 17. — Si le médecin traitant ou la sage-femme prescrit le repos, l'assuré a droit à une indemnité journalière de repos égale à la moitié du gain journalier de base sans pouvoir être supérieure au 1/60ème de la rémunération mensuelle entrant en ligne de compte pour le calcul des cotisations.

Cette indemnité n'est due que pour la période pendant laquelle elle a effectivement cessé tout travail salarié dans une limite maxima de huit semaines.

Art. 18. — Les prestations qui précèdent ne sont accordées qu'autant que la première constatation médicale de la grossesse aura été notifiée à la caisse intéressée au moins quatre mois

avant la date présumée de l'accouchement et que la bénéficiaire aura satisfait aux examens pré et post-natals prévus à l'article 20 ci-dessous.

Art. 19. — Le défaut d'accomplissement de ces formalités sera sanctionné par une diminution de 20 % du montant du forfait prévu à l'article 16 ci-dessus.

Art. 20. — Les conditions dans lesquelles sont pratiqués les examens pré et post-natals ainsi que le contrôle qui peut être opéré par la caisse avant et après la naissance, sont conformes aux dispositions en vigueur dans le régime général.

TITRE IV

ASSURANCE-DECES

Art. 21. — En cas de décès d'un assuré, un capital égal à 90 fois le gain journalier de base sans pouvoir être supérieur à 3 fois à la rémunération ou au montant de l'avance mensuelle entrant en ligne de compte pour le calcul des cotisations, sera versé :

- a) à son conjoint survivant non divorcé
- b) à défaut de conjoint survivant, aux descendants à charge
- c) à défaut de conjoint survivant et de descendants à charge, aux ascendants à charge, dans le cas où le *de cuius* était célibataire ou veuf.

Art. 22. — Les caisses d'assurances sociales agricoles, saisies par les bénéficiaires, se chargeront des démarches, des enquêtes et de la constitution des dossiers.

Art. 23. — Un décret déterminera les modalités d'application du présent titre.

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX BENEFICIAIRES DES LEGISLATIONS SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET SUR LES PENSIONS MILITAIRES

Art. 24. — L'assuré victime d'un accident du travail, tout en bénéficiant des dispositions de la législation sur les accidents du travail, conserve pour toute maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident ainsi qu'en cas de grossesse, ses droits aux prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité dans la mesure où il remplit, au moment de l'accident, les conditions d'assujettissement et d'immatriculation.

Le cumul de l'indemnité journalière due au titre de la législation sur les accidents du travail pendant la période d'incapacité temporaire et de l'indemnité journalière des assurances maladie et maternité prévues aux articles 3 et 17 de la présente ordonnance, est interdit.

A partir de la guérison ou de la consolidation de la blessure résultant de l'accident du travail, l'assuré peut, par contre, sans déduction du délai de carence, recevoir l'indemnité journalière dans les conditions prévues aux articles 3 et 17 précités, si la maladie est antérieure de plus de trois jours à la date de consolidation ou de guérison de la blessure.

Le titulaire d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail, qui ne peut justifier des conditions qui seront déterminées par décret, a droit et ouvre droit sans participation aux frais, aux prestations en nature de l'assurance-maladie et de l'assurance-maternité, à condition toutefois que la rente corresponde à une incapacité de travail au moins égale à 66,66 %.

Art. 25. — Pour les maladies, blessures ou infirmités non visées par la législation sur les pensions militaires, les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de cette législation, jouissent ainsi que les membres de leur famille, des prestations en nature de l'assurance-maladie et bénéficient des indemnités journalières prévues au titre de la présente ordonnance, mais ils sont dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques et autres lorsqu'ils sont mis à la charge des assurés malades ou invalides.

Si la caisse conteste l'origine des maladies, blessures ou infirmités, il appartient aux assurés de faire la preuve que celles-ci ne relèvent pas de la législation sur les pensions militaires.

Les dispositions du titre I ne sont pas applicables aux titulaires de pensions militaires qui bénéficient de l'indemnité de soins et auxquels tout travail est interdit.

TITRE VI

ASSUJETTIS ET BENEFICIAIRES

Art. 26. — Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales agricoles :

a) les travailleurs des exploitations autogérées agricoles des coopératives agricoles de production des anciens moudjahidine et d'une manière générale, tous les travailleurs des professions agricoles et forestières régies par les dispositions concernant les accidents du travail agricole ;

b) les travailleurs au service des artisans ruraux ;

c) les travailleurs des entreprises de battage et de travaux agricoles ;

d) les employés des coopératives agricoles ;

e) les employés des organismes d'assurances sociales et d'allocation familiales agricoles ;

f) les employés des organismes et offices placés sous la tutelle du ministère de l'agriculture et de la réforme agraire ;

g) et généralement, les employés de tous groupements professionnels agricoles régulièrement constitués.

Art. 27. — Doivent être déclarés à la caisse d'assurances sociales agricoles intéressée, dans les huit jours de leur embauche dans les conditions fixées par décret, tous les travailleurs visés à l'article précédent et non encore immatriculés.

Art. 28. — Sont bénéficiaires du présent régime, tous les travailleurs et employés visés à l'article 26 ci-dessus qui auront accompli au moins 18 jours ou 120 heures de travail au cours des trois mois précédant la date des soins dont le remboursement est demandé, la date de la constatation médicale de la grossesse ou la date de l'accident. Ils doivent en outre justifier, en cas de maternité, de dix mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement.

Pour avoir droit aux prestations de l'article 3 b) ci-dessus pendant les six premiers mois d'interruption de travail, l'assuré social doit justifier des conditions prévues au paragraphe précédent.

Lorsque l'arrêt du travail se prolonge sans interruption au-delà du 6ème mois, l'assuré social, pour avoir droit auxdites prestations après le 6ème mois d'incapacité de travail, doit avoir été immatriculé depuis douze mois au moins à la date de l'interruption de travail ou à la date d'accident et justifier qu'il a travaillé 72 jours ou 480 heures au cours de ces douze mois, dont 120 au cours des trois mois précédant l'interruption de travail occasionnée par la maladie, l'accident ou la première constatation médicale de la grossesse.

Art. 29. — Le droit aux prestations des assurances maladie, maternité et décès est supprimé à l'expiration d'un délai d'un mois suivant la date à laquelle l'assuré cesse de remplir les conditions exigées pour être assujéti à l'assurance obligatoire.

Lorsque les prestations sont servies au moment où l'assuré cesse de remplir lesdites conditions, ces prestations sont supprimées à l'expiration du délai d'un mois visé à l'alinéa précédent. Les arrérages de pension d'invalidité sont supprimés à l'expiration du trimestre d'arrérages au cours duquel le bénéficiaire a exercé une activité professionnelle non rémunérée.

Lorsque l'ayant droit bénéficie des prestations au moment où il cesse de remplir les conditions exigées, ces prestations lui sont également supprimées à l'expiration d'un délai d'un mois suivant la date à laquelle ces conditions cessent d'être remplies.

Art. 30. — Les membres de la famille de l'assuré s'entendent comme suit :

a) le conjoint non travailleur de l'assuré qui n'est pas divorcé.

Toutefois, le conjoint de l'assuré obligatoire ne peut prétendre aux prestations prévues par la présente ordonnance lorsqu'il bénéficie d'un régime obligatoire de sécurité sociale, lorsqu'il exerce pour le compte de l'assuré ou d'un tiers personnellement, une activité professionnelle ne motivant pas son affiliation à un tel régime pour le risque maladie ou lorsqu'il est inscrit au registre du commerce.

D'autre part, le conjoint travailleur ne réunissant pas les conditions de travail exigées, sera considéré comme « membre de la famille » et ne pourra en conséquence se voir opposer sa qualité de cotisant pour les prestations auxquelles il serait en droit de prétendre du fait de son conjoint.

b) Les enfants à charge tels qu'ils sont définis par la réglementation des allocations familiales, du régime général.

TITRE VII

ASSURANCE-VIEILLESSE

Chapitre I

Allocation aux vieux travailleurs

Art. 31. — Il est accordé, à titre transitoire, une allocation aux vieux travailleurs sans ressources suffisantes, immatriculés aux assurances sociales agricoles, âgés de 65 ans ou plus, qui justifient avoir occupé en Algérie, après avoir atteint l'âge de 50 ans et pendant une durée qui sera fixée par décret, un emploi ayant constitué leur dernière activité professionnelle dans une des professions visées à l'article 27 de la présente ordonnance.

Les âges de 65 ans et 50 ans prévus au précédent alinéa, sont ramenés respectivement à 60 ans et 45 ans en cas d'invalidité.

Dans le compte des années de travail, doivent être considérées comme travail effectivement accompli, les périodes passées d'incapacité temporaire, indemnisées au titre de la législation des accidents du travail, les périodes de maladie et de maternité et de bénéfice d'une rente d'accident du travail dont l'incapacité permanente est au moins de 66,66 %.

Les vieux travailleurs de nationalité étrangère bénéficient de l'allocation dans les conditions prévues par les accords internationaux.

Art. 32. — Le montant de l'allocation est égal au tiers du montant de la pension de retraite à laquelle peut prétendre un assuré justifiant d'au moins trente années d'assurance ou assimilées.

Art. 33. — L'allocation n'est due que si le total des ressources personnelles de travailleur et, s'il est marié, de son conjoint, n'excède pas un montant fixé par décret.

Lorsque le total de l'allocation et des ressources personnelles dépasse les chiffres fixés par le décret visé à l'alinéa précédent, l'allocation est réduite en conséquence.

Art. 34. — La justification des années de travail est établie au moyen de certificats fournis par les employeurs successifs et visés par les présidents d'assemblées populaires communales.

Pendant la période d'assujettissement obligatoire aux assurances sociales agricoles, les années de travail ne peuvent être prises en considération que si, pour la période postérieure au 30 juin 1952, elles ont fait l'objet du versement des doubles cotisations ou contributions des assurances sociales agricoles ou si le travailleur prouve par la production de certificats de ses employeurs qu'il a effectivement travaillé durant cette période. La caisse intéressée exerce dans ce cas, contre le ou les employeurs successifs, responsables du non-paiement des contributions ou cotisations, le recours prévu à l'article 61 bis de la loi n° 52-1403 du 30 décembre 1952 susvisée.

Art. 35. — En cas de décès du titulaire d'une allocation aux vieux travailleurs, la veuve à charge qui n'est pas elle-même bénéficiaire d'un avantage au titre d'un régime de sécurité sociale et dont les ressources sont inférieures à un plafond fixé par décret, reçoit, si elle est âgée d'au moins 65 ans, ou à compter de la date à laquelle elle atteint cet âge, un secours viager égal au tiers de l'allocation du défunt, à la condition que le mariage ait été contracté avant que le *de cujus* ait atteint l'âge de 60 ans. Le secours viager est attribué dans les conditions précitées à la veuve à charge, âgée d'au moins 60 ans si elle est reconnue inapte au travail.

Art. 36. — L'allocataire est tenu de faire connaître les changements survenus dans ses ressources impliquant la réduction ou la suppression de l'allocation, sous peine de déchéance du bénéfice de l'allocation.

Art. 37. — Est chargée d'assurer le service de l'allocation, la caisse d'assurances sociales agricoles dans la circonscription de

laquelle se trouvait le dernier lieu de travail de l'allocataire.

Art. 38. — L'entrée en jouissance de l'allocation aux vieux travailleurs est fixée au premier jour du mois qui suit la date de la présentation de la demande.

La date de la présentation de la demande est la date à laquelle un bénéficiaire éventuel d'un avantage de vieillesse en dépose la demande écrite, soit à une caisse d'assurances sociales agricoles, soit à la caisse centrale, soit à une caisse d'un régime non agricole de sécurité sociale, soit à une administration centrale ou de la wilaya.

Cette date est retenue même si l'avantage de vieillesse réclamé par l'intéressé, n'est pas celui auquel il peut réellement prétendre.

En aucun cas, la date d'entrée en jouissance ne peut être antérieure à la date d'ouverture du droit aux prestations.

Art. 39. — L'année de travail est décomptée à raison de 180 jours par an au minimum.

Le trimestre de travail est décompté à raison de 45 jours par trimestre au minimum.

Chapitre II

Assurance-vieillesse

Art. 40. — Il est institué en faveur des assurés sociaux du régime agricole des assurances sociales, une assurance-vieillesse obligatoire qui garantit, dans les conditions fixées ci-après, l'attribution de :

— pension de retraite, augmentée éventuellement de majorations pour enfants et conjoint à charge ;

— pension de reversion, éventuellement augmentée de majorations pour enfants ;

— ainsi que le maintien de certaines prestations d'assurances sociales agricoles.

Art. 41. — L'assurance-vieillesse agricole garantit une pension de retraite à l'assuré qui atteint l'âge de soixante ans.

Pour les assurés qui justifient d'au moins trente années d'assurance ou assimilées, le montant annuel de la pension est égal au produit du salaire minimum agricole garanti en vigueur par trois-cents journées de travail.

L'année d'assurance est décomptée à raison de 180 journées de travail au minimum.

Art. 42. — Si l'assuré a accompli moins de trente années mais au moins dix ans d'assurances ou assimilées, le montant annuel de la pension est égal à autant de trentièmes du produit du salaire minimum agricole garanti en vigueur par 300 journées de travail, qu'il justifie d'années d'assurances ou assimilées sans pouvoir toutefois être inférieur au montant annuel de l'allocation aux vieux travailleurs.

Art. 43. — La pension prévue aux articles précédents est augmentée d'une bonification globale d'un dixième pour tout assuré de l'un ou de l'autre sexe ayant au moins trois enfants.

Sont considérés comme enfants ouvrant droit à cette bonification, les enfants ayant été, pendant au moins neuf ans avant leur soixième anniversaire, à la charge du bénéficiaire qu'à celle de son conjoint.

La pension est en outre majorée, le cas échéant, et dans des conditions qui seront fixées par décret lorsque le conjoint à charge du titulaire n'est pas bénéficiaire d'un avantage au titre d'une législation de sécurité sociale.

Art. 44. — Les périodes d'assurances ne peuvent être retenues pour la détermination du droit à pension que si elles ont donné lieu au versement des cotisations ou contributions d'assurances sociales telles que définies par la réglementation en vigueur.

Art. 45. — Sont assimilées à des périodes d'assurances :

— les périodes de salariat comprises entre le 1^{er} janvier 1947 et le 1^{er} avril 1963 ;

— les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié des prestations en espèces maladie ou chirurgie, maternité, invalidité, du régime d'assurances sociales agricoles ;

— les périodes postérieures au 1^{er} janvier 1947, d'incapacité professionnelle temporaire indemnisée au titre de la législation sur les accidents du travail, les périodes d'incapacité permanente pendant lesquelles l'intéressé a bénéficié d'une rente allouée au titre de la législation sur les accidents du travail basée sur un taux d'incapacité professionnelle d'au moins 66,66 % et les périodes de service militaire légal, ou de service national.

En outre, sont considérées comme périodes d'assurance, quelle que soit leur époque :

— les périodes de participation à la lutte de libération nationale validées par la réglementation concernant les membres de l'A.L.N. et de l'O.C.F.L.N.

— les périodes pendant lesquelles l'assuré a été présent sous les drapeaux par suite de mobilisation ou comme volontaire de guerre.

Ces périodes ne pourront être retenues pour la détermination du droit à pension qu'autant que l'assuré justifiera de trois années au moins d'assurance telles qu'elles sont définies à l'article 44 qui précède.

Art. 46. — Les veuves de titulaires d'une pension de vieillesse ou de travailleurs remplissant, au moment du décès, les conditions d'âge et de durée de travail requises, bénéficient d'une pension de reversion sous réserve :

— de n'être pas elles-mêmes bénéficiaires d'une pension attribuée au titre de la sécurité sociale ;

— d'être âgées d'au moins 60 ans ;

— d'avoir été à la charge du *de cujus* ;

— d'avoir contracté mariage avec le *de cujus* au moins deux ans avant le décès.

Toutefois, la veuve bénéficiaire d'une pension-vieillesse en fonction de sa propre activité, peut opter pour la pension de reversion si celle-ci est plus avantageuse.

La pension de reversion est égale à la moitié de celle du travailleur ; à cette pension, s'ajoute, éventuellement, la majoration pour charges familiales prévues à l'article 43 ci-dessus.

Au cas où le *de cujus* laisse plusieurs veuves, la pension de reversion est répartie entre elles par parts égales, la majoration pour charge de famille revenant à la veuve concernée.

La pension est supprimée en cas de mariage de la veuve, à partir du premier jour du trimestre civil suivant.

Art. 47. — Lorsque le conjoint survivant est atteint d'une invalidité totale, la pension calculée comme à l'article précédent est servie quel que soit son âge, dans la mesure où le conjoint décédé remplissait les conditions d'attribution d'une pension principale au moment du décès.

Toutefois, s'il s'agit d'un veuf, il faut, en outre, que sa femme ait subvenu, principalement par son propre travail, aux besoins de la famille.

Art. 48. — Les titulaires d'une pension de vieillesse qui n'effectuent aucun travail, ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie dans les conditions fixées au titre I de la présente ordonnance.

Au décès du pensionné, cet avantage est maintenu à son conjoint si celui-ci remplit les conditions requises.

Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ont également droit, sans limitation de durée, aux prestations en nature de l'assurance-maladie pour l'affection ayant donné lieu à l'attribution d'une pension d'invalidité.

Art. 49. — Les pensions sont liquidées à effet du premier jour du mois suivant la date de dépôt de la demande régulière de liquidation. Elles sont réglées à l'intéressé trimestriellement et à terme échu.

TITRE VIII

FINANCEMENT

Art. 50. — Le financement des prestations prévues par la présente ordonnance, est assuré par une contribution à la charge de l'employeur et du travailleur, contribution dont le taux est fixé par décret.

TITRE IX

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 51. — La part de frais laissée à la charge des assurés sociaux dans les centres de médecine collective et les consultations externes des établissements hospitaliers, est supportée entièrement par les caisses à titre de prestations supplémentaires.

Après couverture des prestations légales et des prestations supplémentaires visées au paragraphe précédent, les caisses devront organiser sur l'excédent de leurs ressources :

a) un fonds destiné à l'attribution de prestations supplémentaires aux assurés sociaux et à leurs familles, selon des conditions qui seront fixées par décret.

b) une action sanitaire et sociale en faveur des assurés sociaux et de leurs familles.

Art. 52. — Les certificats, actes de notoriété et toutes autres pièces relatives à l'application de la présente ordonnance, sont délivrés gratuitement et dispensés des droits de timbre et d'enregistrement à la condition de se référer expressément à cette ordonnance.

Les droits d'enregistrement et autres à percevoir sur les libéralités faites aux organismes d'assurances sociales, seront les mêmes que ceux perçus pour les libéralités faites aux hôpitaux, hospices et bureaux de bienfaisance.

Art. 53. — Les jugements ou arrêts ainsi que les extraits, copies, grosses ou expéditions qui en sont délivrés et, géné-

ralement tous les actes de procédure auxquels donne lieu l'application de la législation des assurances sociales, sont également dispensés des formalités de timbre et d'enregistrement. Ils doivent porter une mention expresse se référant au présent article.

Art. 54. — Sont exemptées du droit de timbre, les affiches imprimées ou non, apposées par les organismes d'assurances sociales ainsi que la publication des comptes rendus et conditions de fonctionnement de ces organismes.

Art. 55. — Tous les actes relatifs aux acquisitions d'immeubles et aux prêts que les caisses sont autorisées à effectuer, sont exempts des droits de timbre et d'enregistrement et de la taxe hypothécaire.

Art. 56. — La présente ordonnance entrera en vigueur à compter du 1^{er} avril 1971.

Art. 57. — Un texte ultérieur pris sur rapport conjoint du ministre de l'agriculture et de la réforme agraire et du ministre du travail et des affaires sociales parachèvera l'extension du régime général de sécurité sociale à l'agriculture.

Art. 58. — Des décrets fixeront, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente ordonnance.

Art. 59. — Toutes dispositions contraires à celles de la présente ordonnance sont abrogées.

Art. 60. — La présente ordonnance sera publiée au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 avril 1971.

Houari BOUMEDIENE.

DECRETS, ARRETES, DECISIONS ET CIRCULAIRES

MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA REFORME AGRAIRE

Décret n° 71-70 du 5 avril 1971 relatif aux modalités d'application des assurances maladie et invalidité dans le secteur agricole.

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 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 l'ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 portant organisation d'un nouveau régime d'assurances sociales agricoles ;

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 ;

Décète :

Article 1er. — Les dispositions de l'ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 relative à l'organisation d'un nouveau régime d'assurances sociales agricoles sont, en ce qui concerne les assurances maladie et invalidité, applicables selon les modalités ci-après :

TITRE I

ASSURANCE-MALADIE

Art. 2. — L'assurance-maladie comporte :

a) la couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, d'intervention chirurgicale, d'hospitalisation, d'analyse et d'examen de laboratoire, de radiologie, des frais d'appareillage et de lunetterie, des frais de soins et de prothèse dentaire, des frais de cure thermale en Algérie, pour l'assuré social et les membres de sa famille.

La caisse agricole de retraite participe aux frais prévus à l'alinéa qui précède dans les conditions déterminées par arrêté du ministre de l'agriculture et de la réforme agraire.

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

Section I

Bénéficiaires

Art. 3. — Le bénéfice de l'assurance-maladie est accordé à l'assuré social lorsque les risques définis par le présent décret surviennent :

a) à l'assuré lui-même ;

b) à son conjoint non divorcé et n'exerçant pas d'activité rémunérée ;

c) à ses enfants à charge, tels qu'ils sont définis par la réglementation relative aux allocations familiales du régime général.

Toutefois, le conjoint de l'assuré obligatoire ne peut prétendre aux prestations prévues au paragraphe précédent lorsqu'il exerce pour le compte de l'assuré ou d'un tiers personnellement, une activité professionnelle ne motivant pas son affiliation à un tel régime pour le risque-maladie et lorsqu'il est inscrit au registre du commerce.

D'autre part, le conjoint travailleur ne réunissant pas les conditions de travail exigées, sera considéré comme « membre de la famille » et ne pourra en conséquence, se voir opposer sa qualité de cotisant pour les prestations auxquelles il serait en droit de prétendre du fait de son conjoint.

Toutefois, ne bénéficie pas des prestations de l'assurance-maladie, le conjoint de l'assuré lorsque ce conjoint relève d'un régime spécial de sécurité sociale.

Section II

Conditions d'ouverture du droit aux prestations de l'assurance-maladie

Art. 4. — Pour avoir ou ouvrir droit aux prestations de l'article 2 a), l'assuré social doit avoir travaillé au moins 18 jours ou 120 heures au cours des trois mois précédant la date des soins dont le remboursement est demandé.

Pour avoir droit aux prestations de l'article 2 b) pendant les six premiers mois d'interruption de travail, l'assuré social doit justifier des conditions prévues au paragraphe premier du présent article.

Lorsque l'arrêt du travail se prolonge sans interruption au-delà du 6ème mois d'incapacité de travail, il doit avoir été immatriculé depuis douze mois à la date de l'interruption de travail ou à la date de l'accident et justifier qu'il a travaillé pendant 480 heures au cours de ces douze mois dont 120 heures au cours des trois mois précédant l'interruption de travail occasionnée par la maladie ou l'accident.

Art. 5. — Par dérogation aux dispositions de l'article 4 ci-dessus, l'assuré ou l'ayant droit de l'assuré, sera pris en charge dans les centres de médecine collective s'il justifie :

- 1° — être immatriculé aux assurances sociales agricoles.
- 2° — être soit salarié d'un employeur ressortissant des professions agricoles.
- soit travailleur d'une exploitation autogérée agricole ou d'une coopérative de production des anciens moudjahidines.

Art. 6. — L'assuré est réputé justifier d'autant de jours ou d'heures de travail :

- 1° — qu'il a été versé, à son compte, de contributions journalières ;
- 2° — qu'il y a de jours ou d'heures dans les périodes durant lesquelles :
 - il a perçu des indemnités journalières prévues en cas de maladie ou de maternité ;
 - il a perçu des indemnités d'incapacité temporaire prévues par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
 - il a perçu les arrérages d'une pension d'invalidité
 - il s'est trouvé en repos pour congé payé légal ;
 - il a rempli des obligations militaires ou celles du service national ;
 - il a interrompu son travail pour une maladie au titre de laquelle il n'a pas perçu l'indemnité journalière de l'assurance-maladie parce que la durée de son incapacité de travail a été inférieure à 4 jours ou parce qu'il a épuisé ses droits à l'indemnisation à condition que l'incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail soit reconnue par le médecin-conseil.

En vue de la détermination du droit aux prestations de l'assurance-maladie, 6 heures de travail équivalent à une journée.

Art. 7. — L'assuré qui ne remplit pas l'une des conditions énumérées à l'article précédent, doit établir la preuve de la durée du travail à l'aide, soit de bulletin de paie, soit de pièces reconnues équivalentes.

Art. 8. — L'assuré qui, durant six trimestres civils consécutifs non assimilables à des périodes d'assurances, n'a donné lieu au versement d'aucune cotisation, cesse de pouvoir se prévaloir de son immatriculation pour bénéficier de l'assurance-maladie. Dans ce cas, le nouveau point de départ de l'immatriculation est fixé au premier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré reprend une activité donnant lieu au versement des cotisations.

Art. 9. — Toute maladie d'un assuré social susceptible d'ouvrir droit à une indemnité journalière, doit être portée dans les 48 heures suivant la date de l'interruption de travail à la connaissance de la caisse intéressée, grâce à un avis d'interruption de travail.

Sur cet avis, le médecin traitant inscrira la durée probable de l'incapacité de travail.

Art. 10. — La caisse est tenue de refuser à l'assuré, le bénéfice des indemnités journalières afférentes à la période pendant laquelle son contrôle aura été rendu impossible par suite de l'absence de déclaration, sauf cas exceptionnels dûment justifiés.

Art. 11. — Chaque feuille de maladie prévue aux articles 59 et suivants ci-dessous, doit être adressée ou présentée à la caisse dans les trente jours qui suivent la fin de sa validité.

L'inobservation de cette prescription entraîne déchéance du droit aux prestations, pour la période pendant laquelle l'absence de déclaration aura rendu impossible le contrôle de la caisse, sauf cas exceptionnels dûment justifiés.

Section III

Prestations de l'assurance-maladie**1) Dispositions générales**

Art. 12. — Le service des prestations est à la charge de la caisse dont relève l'employeur de l'assuré au moment de l'événement donnant lieu à prestation si par ailleurs cet assuré remplit les conditions prévues aux articles 4 à 11.

Art. 13. — Le droit aux prestations de l'assurance-maladie est supprimé à l'expiration d'un délai d'un mois suivant la date à laquelle l'assuré cesse de remplir les conditions exigées pour être assujéti à l'assurance obligatoire. Lorsque les prestations sont servies au moment où l'assuré cesse de remplir lesdites conditions, ces prestations sont supprimées à l'expiration du délai d'un mois visé à l'alinéa précédent.

Cette dernière disposition n'est pas applicable aux actes médicaux postérieurs à l'expiration du délai précité qui constituent un traitement prescrit lors d'un acte médical à la date duquel l'assuré remplissait les conditions d'affiliation.

Il en est de même, en cas d'hospitalisation, pour la période prise en charge par la caisse lorsque le délai précité expire au cours de cette période.

Art. 14. — La date à partir de laquelle l'assuré non radié n'a plus droit aux prestations est :

- 1) pour les prestations en espèces, hors le cas où il a épuisé ses droits à l'indemnisation, la date fixée par le praticien pour la reprise du travail ou la date effective de la reprise du travail, si elle est antérieure ;
- 2) pour les prestations en nature, le lendemain du jour où le malade est déclaré par le praticien, guéri ou dispensé de recevoir ses soins.

2) Prestations en nature

Art. 15. — Sous réserve des dispositions de l'article 12 ci-dessus, les prestations prévues à l'article 2 a) sont attribuées sans limitation de durée, si l'assuré remplit, à la date des soins dont le remboursement est demandé, les conditions fixées à l'article 4.

Art. 16. — 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 s'adresse au praticien de son choix.

Art. 17. — En ce qui concerne les analyses et examens de laboratoire, l'assuré a, pour chaque catégorie d'analyse et quelle que soit la qualité de l'exploitant, le libre choix entre les laboratoires.

Art. 18. — Les frais occasionnés par les soins dispensés et les fournitures servies par les centres de médecine collective, sont entièrement à la charge des caisses. Les soins dans un centre de médecine collective ne sont donnés à un assuré, ou à un ayant droit d'assuré dont la qualité de bénéficiaire n'a pas été prouvée, soit au sens de l'article 4, soit au sens de l'article 5 ci-dessus, qu'à la condition qu'il soit porteur d'un bon de prise en charge délivré par la caisse ou son correspondant local.

Art. 19. — Lorsque l'assuré s'est adressé au praticien de son choix ou dans le service de consultations externes d'un établissement hospitalier, il paie directement la totalité des honoraires dus.

Sur le vu des signatures portées sur la feuille de maladie par le praticien qui a effectivement donné les soins et attesté le paiement des actes médicaux, l'assuré est remboursé de la dépense à concurrence de 80 % par la caisse, dans la limite des tarifs officiels des lettres-clés, affectés des coefficients prévus par la nomenclature générale des actes professionnels.

Art. 20. — Dans le cas où le malade ne peut se déplacer, les frais médicaux comprennent les frais de déplacement du praticien. Ceux-ci sont remboursés par la caisse dans les limites des tarifs officiels après déduction de la participation de l'assuré auxdits tarifs égale à 20 %. La caisse ne participe pas aux frais de déplacement supplémentaires résultant du choix fait par l'assuré d'un praticien autre que celui de la commune où il réside ou, à défaut, de la commune la plus proche. Sauf cas d'urgence dûment prouvé, les frais de transport du praticien consultant ne sont remboursés qu'après acceptation préalable de la caisse et s'il a été fait appel au médecin le plus proche.

Art. 21. — 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.

Art. 22. — Les formalités préalables au remboursement de certains actes qui comportent l'établissement d'un bulletin d'information ou d'une demande d'entente préalable, doivent être réglées, conformément aux articles 6 et 7 de la nomenclature générale des actes professionnels. L'assuré devra adresser à la caisse d'assurances sociales agricoles dont il relève, l'imprimé relatif au bulletin d'information et à la demande d'entente préalable.

Art. 23. — Les examens de radiologie et les frais accessoires qu'ils comportent éventuellement, sont remboursés conformément aux dispositions du présent décret.

Art. 24. — Les analyses et examens suivis de la lettre E ne peuvent donner lieu à remboursement que si la caisse d'assurances sociales, après avis du contrôle médical, a préalablement accepté de les prendre en charge à la suite de la demande adressée par l'assuré, remplie et signée par le praticien. La lettre-clé utilisée pour la cotation de ces actes, est la lettre B et leur coefficient est fixé par le tarif interministériel pour le règlement de certaines prestations sanitaires, rendu applicable aux assurés sociaux par arrêté du ministre du travail et des affaires sociales.

Art. 25. — Le remboursement des frais de soins et de prothèse dentaires est effectué dans les conditions prévues par la nomenclature générale des actes professionnels.

Art. 26. — Les soins et la prothèse dentaires sont remboursés sur la base du tarif résultant de l'application à la valeur des lettres D et K du coefficient prévu à l'article 40 de la nomenclature générale des actes professionnels.

Pour les actes communs aux chirurgiens-dentistes et aux stomatologistes, c'est-à-dire les actes compris dans la limite de la capacité professionnelle du chirurgien-dentiste, accomplie par les chirurgiens-dentistes ou par les stomatologistes, la lettre-clé utilisée est D.

Pour les actes chirurgicaux propres aux stomatologistes, la lettre-clé utilisée est K.

Les feuilles de soins et de prothèses dentaires peuvent être utilisées dans les deux cas.

S'il s'agit de soins dentaires, leur durée de validité est fixée à un mois à compter du début des soins et doit être renouvelée ou visée par la caisse d'assurances sociales à l'issue de cette période.

Dans le cas de délivrance d'appareils de prothèse dentaire, leur durée de validité est portée à 6 mois.

Art. 27. — Donnent lieu à remboursement lorsque le malade ne peut se déplacer ou en cas d'urgence, les frais entraînés par les soins dispensés par les auxiliaires médicaux.

Les soins dispensés par les auxiliaires médicaux seront cotés et leur remboursement effectué en conformité des règles prescrites aux articles 50 à 53 de la nomenclature des actes professionnels.

Art. 28. — Les tarifs des honoraires médicaux et frais accessoires dus aux praticiens et auxiliaires médicaux par les assurés, sont ceux en vigueur dans le régime général.

Art. 29. — En l'absence de convention, le tarif officiel des lettres-clés utilisées pour la cotation des actes médicaux, est fixé par arrêté du ministre du travail et des affaires sociales.

Art. 30. — La couverture des frais d'appareillage comporte le remboursement des frais d'acquisition, de réparation ou de renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie figurant au cahier des charges et à la nomenclature interministérielle, et qui auront été prescrits par ordonnance médicale.

Les accessoires, fournitures accessoires, véhicules, ne figurant pas au cahier des charges à la nomenclature interministérielle ne sont pas remboursés.

Aucun frais d'appareillage ne peut être remboursé si, sur le vu d'un devis estimatif présenté par l'assuré, la caisse n'en a pas accepté préalablement et d'une manière expresse, la prise en charge.

L'assuré ne peut avoir qu'un seul appareil. Toutefois, les mutilés des membres inférieurs ont droit, avant d'obtenir l'appareillage définitif, à un appareil provisoire visé au titre II, chapitre 1er du cahier des charges interministériel.

L'assuré a le libre choix du fournisseur. Toutefois, lorsque les conditions d'agrément des fournisseurs auront été fixées, l'assuré ne pourra s'adresser qu'à un fournisseur agréé.

La caisse d'assurances sociales peut, avant de se prononcer sur la prise en charge des frais d'acquisition, de réparation ou de renouvellement d'un appareil ou de rembourser ces frais, faire procéder à tout contrôle technique qu'elle juge utile en vue de constater la nécessité de l'appareillage, de la réparation de l'appareil ou de son renouvellement et de vérifier si l'appareil choisi et fourni est adapté à la mutilation ou à l'infirmité de l'assuré et si le fournisseur a respecté les conditions techniques fixées par le cahier des charges interministériel.

Art. 31. — Le tarif de responsabilité des caisses est celui résultant de l'application du tarif interministériel pour le règlement de certaines prestations sanitaires.

Les assurés sont dispensés pour eux et leurs ayants droit, de toute participation aux frais d'acquisition et de réparation des appareils figurant au chapitre 5 du titre V de ce tarif.

Le renouvellement n'est accordé que si l'appareil est hors d'usage et reconnu irréparable ou si les modifications survenues dans l'état de l'intéressé le justifient et si l'appareil a été porté au moins un an.

L'assuré est responsable de la garde et de l'entretien de ses appareils. Les conséquences de détérioration ou de perte provoquée intentionnellement ou résultant d'une faute lourde, demeurent à sa charge.

Les appareils et leurs accessoires ne peuvent être ni cédés, ni vendus. En cas de cession ou de vente de son appareil, l'assuré perd le droit d'en obtenir le renouvellement.

Art. 32. — La couverture des frais d'appareils comporte le remboursement des appareils de prothèse et d'orthopédie proprement dits, de leur système d'attache et de tous les autres accessoires nécessaires à son fonctionnement.

Les frais d'appareillage à la charge de la caisse d'assurances sociales comprennent :

1) les prix d'acquisition, de réparation et de renouvellement des appareils, dans la limite des tarifs de responsabilité des caisses de sécurité sociale ;

2) les frais d'expédition des appareils à l'intérieur du pays.

La caisse peut consentir à l'assuré une avance sur les frais d'appareillage, égale aux 2/3 du prix de l'appareil sous forme de chèque établi au nom du fournisseur choisi par l'intéressé.

Art. 33. — La caisse conserve, aux fins de contrôle, dans le dossier de l'assuré, mention du type, du nombre et de la nature des appareils délivrés, des réparations et des renouvellements effectués, ainsi que des frais correspondant à chacune des opérations.

Art. 34. — Les frais de lunetterie sont pris en charge dans la limite du tarif de responsabilité des organismes de sécurité sociale à condition que les verres correcteurs soient prescrits par une ordonnance médicale.

Les verres de contact ne donnent pas lieu à remboursement.

En ce qui concerne la prise en charge des verres teintés, celle-ci ne peut avoir lieu que dans les cas suivants :

- 1) affections oculaires conjonctives intenses, kératites, tritits, certaines cataractes centrales ou congénitales ;
- 2) myopies fortes lorsqu'elles s'accompagnent de photophobie ;
- 3) à titre exceptionnel, certaines photophobies lorsqu'elles n'entrent pas dans le cadre des affections ci-dessus désignées.

La perte ou le bris de la monture ou des verres ne donnent pas lieu à remboursement. La prescription de verres différents de ceux précédemment pris en charge, n'ouvre droit à remboursement de monture que si la nécessité en est établie.

Art. 35. — Le montant des honoraires dus aux médecins pour la surveillance médicale des cures thermales, est fixé forfaitairement à 45 D.A. pour la durée de la cure, en l'absence de conventions.

La durée normale d'une cure thermique est comprise entre 18 et 21 jours. Les honoraires forfaitaires de surveillance médicale et les frais de traitement dans les établissements thermaux, correspondent à cette durée.

Les honoraires et les frais de traitement ne sont remboursés qu'à la condition que la cure ait été suivie pendant sa durée totale. Toutefois, si l'interruption de la cure est due à un cas de force majeure ou à motif d'ordre médical, la caisse peut, le cas échéant, après avis du contrôle médical, accorder un remboursement calculé au prorata de la durée réelle de la cure.

Le remboursement des honoraires de surveillance et des frais de traitement dans un établissement thermal est subordonné à la prise en charge préalablement à la cure, par la caisse. Sauf dans le cas où l'indication crénotherapique n'a pu être donnée avant la date limite, les demandes d'envoi en cure thermique devront être reçues par la caisse au moins trois mois à l'avance si la cure doit être effectuée dans une station permanente, au plus tard le 1er avril de chaque année dans les autres stations.

L'absence de réponse à l'expiration du mois qui suit l'accusé de réception adressé à l'assuré par la caisse, vaut rejet de la demande et permet à l'assuré d'engager la procédure relative au contentieux technique.

Art. 36. — Les frais relatifs aux cures dans un établissement public ou privé agréé, sont remboursés d'après le tarif en salle commune fixé par le wali.

Art. 37. — Les frais de séjour dans un établissement public ou privé agréé, situé à l'étranger, sont remboursés d'après le tarif en vigueur au lieu où les soins sont dispensés.

A titre exceptionnel, les frais de transport nécessités par l'hospitalisation pourront être remboursés dans les conditions prévues aux articles 38 et 45 ci-après.

Art. 38. — Lorsqu'un assuré demandera, pour lui-même ou pour l'un de ses ayants droit, la prise en charge d'un séjour dans un des établissements visés aux articles 36 et 37, dans une clinique phthisiologique agréée ou dans un centre de post-cure ou de rééducation motrice, public ou privé agréé, il devra adresser à la caisse dont il relève une demande d'entente préalable.

La caisse devra faire connaître son acceptation par écrit, l'expiration du délai de 10 jours prévu à l'article 7 de la nomenclature générale des actes professionnels ne pouvant être considérée comme une présomption de l'assentiment de la caisse.

Le refus de prise en charge ne pourra cependant être opposé à l'assuré lorsque celui-ci aura été placé d'urgence dans un sanatorium ou un préventorium sur attestation du médecin phthisiologue de wilaya ou de son délégué.

Art. 39. — Les frais d'accessoires et les pansements figurant aux cahiers des charges et nomenclature interministériels, sont pris en charge dans la limite du tarif de responsabilité des organismes de sécurité sociale.

Art. 40. — L'assuré ayant reçu du médecin une ordonnance pharmaceutique, la fait parvenir pour exécution au pharmacien de son choix. Ce praticien l'exécute sur présentation de la carte d'immatriculation et de la feuille de maladie de l'assuré. Il appose son cachet sur cette feuille après exécution de l'ordonnance et établit en marge de l'ordonnance, le détail de la tarification. Cette tarification est établie dans les limites légales, c'est-à-dire :

- le tarif pharmaceutique pour les préparations magistrales ;
- le prix légal de vente au public pour les médicaments spécialisés remboursables et les produits sous cachet.

L'assuré paie directement le pharmacien qui donne quittance sur l'ordonnance des frais relatifs à l'exécution de celle-ci ; les frais relatifs à l'exécution des ordonnances doivent également être reportés sur la feuille de maladie dans la colonne réservée à cet effet, ainsi que le cachet du pharmacien. Sur le vu de l'ordonnance acquittée, l'assuré est remboursé par la caisse dans la mesure où les produits achetés correspondent aux conditions fixées à l'article 42 ci-dessous.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux ordonnances délivrées par les médecins des centres de médecine collective. Toutefois dans ces centres, les produits pharmaceutiques prescrits par le médecin du centre, et destinés à être administrés sur place, sont à la charge de la caisse, acquis et réglés directement par les soins de celle-ci pour le compte des assurés, aux pharmaciens d'officine, au tarifs prévus ci-dessus.

Les centres de médecine collective ouverts aux assurés sociaux agricoles, sont autorisés à détenir, sous la responsabilité du médecin du centre, les médicaments des malades en cours de traitement.

Art. 41. — Le médecin ne peut spécifier sur l'ordonnance qu'un ou deux renouvellements, sauf cas particuliers nécessitant un traitement prolongé, précisé sur l'ordonnance et admis préalablement par la caisse d'assurances sociales agricoles.

L'assuré doit demander à son médecin traitant de porter, de sa main, sur son ordonnance, la date de la délivrance du document et, soit le numéro d'identification de l'assuré, soit les nom et prénoms de l'assuré ou de l'ayant droit de l'assuré.

En l'absence de ces mentions, l'ordonnance médicale sera inopérante en tant que pièce justificative si l'assuré ne peut pas faire autrement la preuve de la date et de la légitimité de la possession du document, la simple détention d'une ordonnance médicale impersonnelle ne pouvant constituer à elle seule un moyen de preuve.

L'ordonnance est la propriété du malade qui peut en demander la restitution à la caisse, après que celle-ci ait effectué le contrôle de tarification. Dans ce cas, la caisse prend copie de l'ordonnance si l'assuré ne lui en fournit pas un double.

Art. 42. — Les médicaments remboursables sont, indépendamment des préparations magistrales, les produits sous cachet, les spécialités pharmaceutiques remboursables par les caisses de sécurité sociale.

Ne donnent pas lieu à remboursement, les médicaments diététiques, les produits de régime, les eaux minérales, les vins à l'exception des vins inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques, les élixirs à l'exception des élixirs contenant des substances vénéneuses désignées nommément par la réglementation en vigueur, les dentifrices et produits de beauté, même lorsqu'ils contiennent des substances de nature médicamenteuse.

Les frais pharmaceutiques, d'analyses et de laboratoire ne sont remboursés que s'ils ont été prescrits par le médecin traitant.

Art. 43. — Lorsque son état de santé l'exige, le malade peut être hospitalisé, sur sa demande, dans un établissement public hospitalier sur le vu de l'attestation du praticien traitant ou du médecin de l'hôpital.

Les dépenses réellement exposées, comprenant les frais de séjour en salle commune, les honoraires médicaux et chirurgicaux et les frais accessoires, sont remboursées par les caisses de sécurité sociale, sous déduction, éventuellement, de la participation de l'assuré égale à 20 % selon les tarifs appliqués dans les hôpitaux.

Art. 44. — L'assuré peut se faire soigner dans une clinique agréée.

Les dépenses exposées dans ces établissements sont remboursées sur les bases ci-après :

1) les frais médicaux et pharmaceutiques dans les limites fixées dans les conditions prévues par le présent décret ;

2) les frais de séjour et de salle d'opération sur la base de 80 % des tarifs fixés par la législation sur le contrôle des prix pour les cliniques classées dans la 2ème catégorie, salle commune, prestations de service et taxes exclues.

Toutefois, le montant de ce remboursement ne devra pas excéder 80 % des dépenses réellement exposées.

Art. 45. — Les frais de déplacements nécessités par une hospitalisation sont remboursés à concurrence de 80 % d'après le prix effectif de transport aller et retour, par la voie la plus économique compatible avec l'état du malade, du point de départ à l'établissement d'hospitalisation.

Dans le cas où l'assuré ou ses ayants droit sont transportés par ambulance, les caisses d'assurances sociales doivent calculer leur participation aux frais de transport sur les tarifs de transport en ambulance automobile fixé par les walis.

3) Prestations en espèces

Art. 46. — Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre son travail, il a droit à partir du 4ème jour qui suit le point de départ de l'incapacité de travail, à une indemnité journalière due pour chaque jour ouvrable ou non.

Cette indemnité est égale à la moitié du gain journalier de base, sans pouvoir être supérieure au 60ème du gain mensuel maximum entrant en compte pour le calcul des cotisations.

Le gain journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière, est déterminé comme suit :

— le 1/30ème du montant de la dernière ou des 2 dernières paies antérieures à la date de l'interruption de travail suivant que le salaire ou le gain est réglé mensuellement ou 2 fois par mois ;

— 1/30ème du montant des paies du mois antérieur à la date de l'interruption de travail lorsque le salaire ou le gain est réglé journalièrement ;

— 1/28ème du montant des 2 ou 4 dernières paies antérieures à la date de l'interruption de travail suivant que le salaire ou le gain est réglé toutes les 2 semaines ou chaque semaine ;

— 1/360ème du montant du salaire ou du gain des 12 mois antérieurs à la date de l'interruption de travail, lorsque le travail n'est pas continu ou présente un caractère saisonnier ;

— 1/90ème du montant ayant donné lieu à précompte du salaire ou du gain des 3 mois antérieurs à la date de l'interruption de travail lorsque ledit salaire ou gain n'est pas réglé au moins une fois par mois, mais l'est au moins une fois par trimestre.

Si l'assuré travaillait depuis moins de 28 jours, d'un mois, de 3 mois ou de 12 mois entiers au moment de l'interruption de travail consécutive à la maladie, soit par suite d'une maladie antérieure, soit à la suite d'une période d'obligations militaires ou de service national, le salaire ou gain servant à déterminer le gain journalier de base est celui qu'aurait perçu l'assuré s'il avait travaillé pendant la totalité de la période de référence pour le compte du dernier employeur.

Art. 47. — En cas de rechute, les feuilles de paie à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité journalière, sont

celles qui correspondent à la ou aux paies, antérieures à la date de l'interruption de travail causée par la rechute ; l'indemnité ne peut toutefois, être inférieure à celle qui était antérieurement servie.

Art. 48. — Lorsque, en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, la rémunération est maintenue sans déduction des indemnités journalières, l'employeur qui paie la rémunération pendant la période de maladie sans opérer cette déduction des indemnités, est fondé, soit à retenir ultérieurement sur cette rémunération une somme égale aux indemnités journalières perçues par l'assuré, soit à poursuivre auprès de celui-ci le recouvrement de cette somme. Lorsque l'assuré reçoit une gratification se rapportant à une période écoulée, cette gratification se répartit pour le calcul de l'indemnité journalière de maladie, sur une période d'une égale durée.

Lorsque l'assuré reçoit un rappel de rémunération se rapportant à une période écoulée, ce rappel se répartit pour le calcul de l'indemnité journalière de maladie, sur la période réelle à laquelle il s'applique. Un complément aux indemnités précédemment allouées est, le cas échéant, servi aux intéressés par les caisses d'assurances sociales.

Art. 49. — L'indemnité journalière peut être servie pendant une période d'une durée maximum de trois ans, calculée dans les conditions ci-après :

a) pour les affections de longue maladie, 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 du travail, il est ouvert un nouveau délai de trois ans dès l'instant que ladite reprise a été au moins d'un an.

b) pour les affections autres que celles de longue durée, l'indemnité journalière est servie de telle sorte que pour une période quelconque de trois années consécutives à compter du 1^{er} janvier 1971, l'assuré reçoive au maximum au titre d'une ou plusieurs maladies, trois cent soixante indemnités journalières.

Elle peut être maintenue, en tout ou partie, en cas de reprise du travail pendant une durée fixée par la caisse, mais ne pouvant excéder, d'un an, le délai de trois ans ci-dessus prévu :

— soit, si la reprise du travail et si le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'aménagement de l'état de santé de l'assuré ;

— soit, si l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.

Art. 50. — En cas d'hospitalisation à la charge de la caisse dans un établissement public ou privé, l'indemnité journalière est servie intégralement lorsque l'assuré a deux enfants ou plus à sa charge, au sens de l'article 3 ci-dessus.

Elle est réduite :

— du 1/5ème si l'assuré a un enfant à charge ;

— de 2/5ème si l'assuré est marié sans enfant ;

— de 3/5ème dans tous les autres cas.

Art. 51. — Le règlement de l'indemnité journalière est effectué dans les mêmes conditions que le remboursement des prestations en nature. L'assuré en donne quittance sur la feuille de décompte établie pour ce remboursement si le règlement est effectué en espèces aux guichets de la caisse.

Art. 52. — Ne donnent lieu à aucune prestation en espèces, les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré, ainsi que les interventions chirurgicales à caractère esthétique.

Art. 53. — L'indemnité journalière ne peut faire l'objet d'une saisie-arrêt ou d'une cession que dans les conditions et limites fixées par la législation concernant la saisie-arrêt des salaires ou assimilés.

Art. 54. — En cas d'affection de longue durée visée à l'article 19-20, et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à 6 mois, la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire, conjointement par le médecin traitant et son 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 ces deux médecins, par un expert désigné par eux ou, à défaut, par le directeur de la santé de la wilaya sur une liste établie par lui

Si l'assuré est atteint d'une affection tuberculeuse, l'expert est obligatoirement le médecin phthisiologue de wilaya ou un spécialiste désigné par lui.

L'avis technique de l'expert ne peut faire l'objet d'aucun recours.

2) de se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse ;

3) de s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Section IV

Formalités à remplir pour bénéficier des prestations de l'assurance maladie

Art. 55. — L'assuré qui demande le bénéfice des prestations, doit justifier de sa qualité d'assuré social et de la durée d'immatriculation prévue à l'article 4 par la présentation de sa carte d'immatriculation.

Outre l'avis d'interruption de travail prévu à l'article 9 précité qu'il aura dû adresser à la caisse dans les 48 heures suivant la date de l'interruption éventuelle du travail, l'assuré fournit à la caisse les pièces suivantes :

1) dans tous les cas :

— la feuille de maladie prévue à l'article 59 ci-dessous ;

— la ou les ordonnances médicales tarifées par le pharmacien dans les conditions fixées à l'article 32 ci-dessus, et présentées selon les indications des articles 57 et 58 ci-dessous ;

— les bulletins de paie ou une attestation de travail et de salaire fournie par l'employeur, apportant la preuve que l'assuré a accompli au moins la durée de travail définie par l'article 4 ci-dessus : les bulletins de paie ou l'attestation devront obligatoirement préciser le salaire ou l'avance perçue et le temps de travail accompli au cours du mois précédant la date des soins ou de l'interruption de travail.

L'attestation de travail et de salaire prévue ci-dessus doit comporter les mentions suivantes :

— le nom et l'adresse de l'employeur,

— le nom et la qualité de l'assuré,

— le nombre de jours et d'heures de travail effectués par l'assuré durant la période de travail dont il doit justifier.

2) pour le conjoint :

— une déclaration de non-emploi souscrite par l'assuré ou le conjoint ;

— une fiche familiale d'état civil ou les pièces d'état civil dont elle tient lieu attestant le mariage, le non-divorce.

3) pour l'enfant :

— une fiche individuelle d'état civil ou une pièce d'état civil en tenant lieu ainsi que toutes pièces permettant d'établir qu'il s'agit d'un descendant à charge au sens de l'article 3 du présent décret.

Art. 56. — Par dérogation aux dispositions de l'article 55 ci-dessus, l'assuré ou l'ayant droit de l'assuré, qui demandera à bénéficier des soins dispensés dans les centres de médecine collective, sera admis sur production des pièces suivantes :

— la carte d'immatriculation de l'assuré,

— une attestation d'emploi délivrée par l'employeur, ou le dernier bulletin de paie.

Art. 57. — L'ordonnance doit mentionner, portés de sa main par le praticien, la date de la délivrance du document et, soit le numéro d'identification de l'assuré, soit les nom et prénoms de l'assuré ou de l'ayant droit de l'assuré.

En l'absence de ces mentions, l'ordonnance médicale sera inopérante en tant que pièce justificative si l'assuré ne peut pas faire autrement la preuve de la date et de la légitimité de la possession du document, la simple détention d'une ordonnance médicale impersonnelle ne pouvant constituer à elle seule un moyen de preuve.

Art. 58. — D'autre part, pour que les produits pharmaceutiques soient remboursés par la caisse, l'ordonnance doit comporter les vignettes prévues à l'intérieur du conditionnement des médicaments définis aux articles 91, 95 et 96 du code de la pharmacie.

Art. 59. — L'assuré doit se procurer, pour la présenter au praticien, une feuille de maladie en s'adressant soit au siège social de la caisse, soit au siège de la section sociale, soit dans les centres de médecine collective, soit au siège des assemblées populaires communales.

Art. 60. — La feuille de maladie ne peut être délivrée que pour une seule maladie. Si la maladie dure plus de quinze jours, l'assuré doit se procurer une nouvelle feuille de maladie valable 15 jours et, à l'expiration de ce délai, une nouvelle feuille de maladie valable, comme les suivantes, quinze jours.

Chaque feuille de maladie dont la période de validité a pris fin, est remise ou retournée dans le délai fixé à l'article 11 ci-dessus par l'assuré à sa caisse, qui après le décompte correspondant des prestations, la classe dans le dossier médical de l'intéressé.

Art. 61. — L'assuré ne doit pas se dessaisir de la feuille de maladie pendant la durée de validité de celle-ci entre les mains de qui que ce soit. Il doit la présenter au praticien, ainsi qu'aux contrôleurs visiteurs. Il en est de même pour sa carte d'immatriculation.

Art. 62. — Le remboursement des frais médicaux peut être opéré au gré de l'assuré soit à la fin de la maladie, soit au cours de la maladie, mais seulement à la fin de la période de validité de chaque feuille de maladie.

Ce remboursement est effectué sur le vu de la feuille de maladie ainsi que des pièces justificatives prévues à l'article 55 ci-dessus. Il est opéré soit en espèces aux guichets de la caisse, soit par chèque postal ou mandat dont les frais sont à la charge de la caisse, entre les mains de l'assuré lui-même, de son conjoint, ou, si l'assuré est mineur, soit entre ses mains, soit entre les mains de son représentant légal. La caisse peut aussi se libérer valablement entre les mains d'un tiers délégué par l'assuré pour l'encaissement des prestations, mais cette délégation ne peut être accordée que pour une seule maladie. Un employé d'une caisse ne peut être délégué par l'assuré pour l'encaissement des prestations que s'il a été spécialement accrédité à cet effet par le conseil d'administration de la caisse.

Art. 63. — La caisse se réserve le droit de surseoir au paiement total ou partiel pour procéder aux vérifications nécessaires et de payer par la poste.

Dans ce cas, le remboursement doit intervenir, sauf empêchement motivé, dans les quinze jours qui suivent le dépôt ou l'envoi de la feuille de maladie pour laquelle les prestations sont réclamées.

Section V

Règlement des centres de médecine collective

Art. 64. — Les centres de médecine collective mis à la disposition des assurés sociaux agricoles sont :

a) les centres édifiés par les caisses d'assurances sociales agricoles et mis à la disposition des collectivités publiques ;

b) les centres appartenant ou gérés par des administrations, collectivités, établissements publics ou privés, associations, œuvres privées et habilitées dans les conditions déterminées, à recevoir des assurés sociaux agricoles.

Art. 65. — Ces centres fonctionnent dans les conditions prévues aux articles 16 et 18 ci-dessus en ce qui concerne les soins donnés aux assurés sociaux agricoles et, conformément aux dispositions des articles 40 et suivants en ce qui concerne la délivrance de produits pharmaceutiques.

Art. 66. — La création de centres de médecine collective, tels qu'ils sont définis à l'article 64 ci-dessus, est subordonnée à une autorisation du ministre de l'agriculture et de la réforme agraire.

Cette autorisation n'est accordée que si la création de ces centres correspond à des besoins réels et s'intègre dans un plan général.

Art. 67. — Les médecins appelés à exercer dans ces organismes seront choisis sur une liste dressée par le ministre de la santé publique.

Art. 68. — Les contrats conclus avec les praticiens seront établis après avis du ministre de la santé publique.

Les praticiens percevront la rémunération prévue par la réglementation en vigueur.

Art. 69. — Dans chaque caisse d'assurances sociales agricoles, une commission sera chargée de surveiller l'activité des centres de médecine collective. Elle comprendra 3 travailleurs et 1 employeur pris parmi le conseil d'administration de la caisse.

Art. 70. — Les centres de médecine collective visés à l'article 64 précité fonctionneront, en ce qui concerne les assurés sociaux agricoles, dans les conditions fixées au présent décret.

Les assurés sociaux du régime non agricole pourront avoir accès à ces centres dans les conditions qui seront déterminées ultérieurement.

Section VI

Règlement des malades - Contrôle et sanctions

Art. 71. — L'assuré ne doit demander la visite du praticien que s'il est dans l'impossibilité de se déplacer. Les visites de nuit et du dimanche ne doivent être demandées qu'en cas d'urgence.

Les frais payés par le malade pour se rendre au centre de médecine collective ou à la consultation externe des hôpitaux, sont exclusivement à sa charge.

Art. 72. — Les malades sont tenus d'observer rigoureusement les prescriptions du praticien notamment le repos au lit et à la chambre s'il a été ordonné.

Les malades ne doivent quitter leur domicile que si le praticien le prescrit dans un but thérapeutique. Les heures de sortie autorisées sont inscrites par le praticien sur la feuille de maladie.

Les médicaments et remèdes doivent être employés suivant les indications données par le praticien.

En cas d'hospitalisation, le malade doit se soumettre aux prescriptions et au règlement de l'établissement.

Art. 73. — L'assuré malade ne doit se livrer à aucun travail rémunéré ou non, sauf autorisation du médecin traitant et s'il est déclaré à la caisse.

Art. 74. — Durant la maladie, le malade ne doit pas se déplacer sans autorisation préalable de la caisse. La caisse peut autoriser le déplacement du malade, pour une durée indéterminée, si le médecin traitant l'ordonne dans un but thérapeutique ou pour convenance personnelle justifiée du malade et après avis du médecin conseil de la caisse.

Le malade dont l'envoi en convalescence est jugé nécessaire par le praticien traitant, doit en aviser la caisse avant son départ et attendre l'autorisation de celle-ci. Il doit, pendant la durée de la convalescence, se soumettre au contrôle dans les conditions fixées par la caisse.

Art. 75. — Si l'assuré tombe malade hors de la circonscription de sa caisse, il doit, dans les formes réglementaires en aviser celle-ci qui lui indique la caisse chargée, le cas échéant, de lui assurer le service des prestations.

Art. 76. — Les caisses d'assurances sociales agricoles font procéder à toutes enquêtes utiles par les agents de leurs sections locales, leurs correspondants locaux, leurs visiteurs et dames visiteuses.

Les visiteurs et dames visiteuses participent à la surveillance des malades et peuvent être chargés de leur payer les sommes qui leur sont dues.

Ils signalent, le cas échéant, à la caisse, les abus, les lacunes ou irrégularités qu'ils ont pu constater.

Art. 77. — Les médecins conseils, visiteurs ou visiteuses, doivent communiquer à la caisse, seule, les résultats de leur contrôle.

La caisse se réserve le droit de contrôler notamment si le malade était fondé à demander une visite à son domicile ou à lieu d'une consultation au centre de médecine collective ou à l'établissement hospitalier, une visite de nuit au lieu d'une visite de jour, une visite de dimanche au lieu d'une visite de semaine et de ne payer la dépense supplémentaire correspondante que si elle a été justement engagée.

Pour tous les actes de contrôle médical, l'intéressé a le droit de se faire assister de son médecin, mais les honoraires de celui-ci sont à la charge exclusive de l'assuré.

Art. 78. — En cas de contestation sur l'état du malade, il y a lieu à expertise médicale dans les conditions prescrites par l'arrêté du 27 janvier 1954 fixant les conditions d'application de la loi n° 52-1403 du 30 décembre 1952 édictant les mesures de contrôle, les règles et contentieux et les pénalités des régimes de sécurité sociale, de mutualité sociale agricole et des accidents du travail.

Art. 79. — Aucun bénéficiaire de l'assurance-maladie ne peut se soustraire aux divers contrôles. En cas de refus, les prestations, tant en espèces qu'en nature, sont suspendues pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible.

A l'assuré qui aurait volontairement enfreint le règlement des malades ou les prescriptions du praticien traitant, le conseil d'administration de la caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues.

Dans tous les cas d'abus, la caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

Section VII

Dispositions spéciales relatives à la liaison avec les autres risques et les législations concernant la prévoyance sociale

Art. 80. — Les examens prénatals prévus par la réglementation fixant les modalités d'application de l'assurance-maternité dans le secteur agricole, sont indemnisés dans les conditions de l'assurance-maladie.

Art. 81. — Relèvent également de l'assurance-maladie, les prestations dues pour toute interruption de la grossesse survenant avant la fin du 6ème mois de gestation, la grossesse pathologique, les suites de couches pathologiques et les accouchements dystociques.

Art. 82. — L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité a droit ou ouvre droit pendant la durée de son invalidité, aux prestations en nature de l'assurance-maladie, dans les mêmes conditions que les autres assurés.

Art. 83. — L'accusé victime d'un accident de travail, tout en bénéficiant des dispositions de la législation sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, conserve pour toute maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident, ses droits aux prestations en nature de l'assurance-maladie dans la mesure où il remplit, au moment de l'accident, les conditions d'assujettissement et d'immatriculation fixées par la réglementation.

Toutefois, le cumul de l'indemnité journalière due au titre de la législation sur les accidents du travail pendant la période d'incapacité temporaire et de l'indemnité journalière de l'assurance-maladie est interdit. A partir, soit de la guérison ou de la consolidation de la blessure résultant de l'accident du travail, soit de la guérison ou de la consolidation de la maladie professionnelle, l'assuré peut, par contre, recevoir l'indemnité journalière dans les conditions réglementaires sans déduction du délai de carence si la maladie est antérieure à plus de trois jours, à la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure ou de la maladie.

Art. 84. — Le titulaire d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, qui ne peut justifier des conditions requises par les articles 4 et 5 du présent décret a droit et ouvre droit, sans participation aux frais, aux prestations en nature de l'assurance-maladie à condition toutefois, que la rente corresponde à une incapacité de travail au moins égale à 66,66%.

Les bénéficiaires de rentes de conjoint, d'orphelin ou d'ascendant qui n'effectuent aucun travail rémunéré ont droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie dans la mesure où ils ne bénéficient pas déjà de ces prestations en vertu d'autres dispositions légales.

Art. 85. — L'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie reconnue comme ayant le caractère professionnel et dont le droit aux réparations prévues par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, est contesté par son employeur ou par l'assureur substitué, reçoit, à titre provisionnel les prestations de l'assurance-maladie si par ailleurs, il justifie les conditions d'attribution desdites prestations et apporte la preuve qu'il a engagé à l'encontre de son employeur, ou de l'assureur substitué, une action judiciaire en vue de faire connaître son droit à réparation au titre de la dite législation. La justification de l'introduction de cette action s'établit soit par la production de l'exploit introductif d'instance ou à défaut, par une pièce délivrée soit par le greffier du tribunal, soit par le secrétaire du bureau d'assistance judiciaire. En pareil cas, la caisse peut intervenir dans l'instance. En cas d'échec de l'action entreprise, les prestations versées restent acquises à l'assuré.

Lorsque le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu, les prestations provisionnelles reçues par l'assuré entrent en compte dans le montant des prestations qui lui sont dues par l'employeur ou l'assureur substitué et sont remboursées directement à la caisse par celui-ci.

Art. 86. — L'assuré qui prétend aux prestations provisionnelles visées à l'article précédent, avise la caisse dans le délai de huit jours de la constatation médicale de l'accident ou de la maladie professionnelle et lui adresse une copie du certificat médical initial.

Art. 87. — Lorsque l'accident ou la blessure dont l'assuré ou ses ayants droit sont victimes est imputable à un tiers, l'assuré sans préjudice des formalités visées à la section IV du présent décret, avise la caisse dans les huit jours de l'accident ou de la blessure, en faisant connaître les circonstances de l'accident, le nom du tiers responsable ou de sa compagnie d'assurance et les conditions dans lesquelles une instance a pu être introduite contre eux.

Les caisses d'assurances sociales agricoles sont subrogées de plein droit à l'intéressé ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses que leur occasionne l'accident ou la blessure.

L'intéressé ou ses ayants droit doivent, en tout état de la procédure, indiquer à peine de nullité, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident, ainsi que la caisse d'assurances sociales à laquelle celle-ci est affiliée.

Dans le cas visé à l'alinéa précédent, l'assuré ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable, tous droits de recours en réparation du préjudice causé, sauf en ce qui concerne les dépenses de la caisse d'assurances sociales agricoles.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré, ne peut être opposé à la caisse d'assurances sociales agricoles qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée. Il ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre.

Art. 88. — Dans les cas visés à l'article 87 ci-dessus, le tiers reconnu responsable doit rembourser à la caisse à laquelle est affiliée la victime les diverses prestations avancées et les frais exposés dont le montant sera fixé par le jugement intervenu dans la mesure de la responsabilité encourue par le tiers.

Art. 89. — L'assuré doit indiquer au praticien traitant qui relate cette déclaration sur la feuille de maladie :

1) s'il est titulaire d'une pension de guerre. Dans l'affirmative, le médecin indique s'il est soigné pour affection ayant entraîné l'attribution de cette pension ;

2) si la maladie a été contractée ou si la blessure est survenue à l'occasion de l'exercice de sa profession et dans l'affirmative, si elle a donné lieu à la déclaration prévue par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

3) si l'accident dont il a été victime est susceptible d'entraîner la responsabilité d'un tiers ou de son assureur.

Dans ces deux derniers cas, l'assuré doit en outre, aviser la caisse de l'accident ou de la maladie dans le délai de huit jours.

Art. 90. — Les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation des pensions militaires, continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de cette législation. Ils ont droit cependant à l'indemnité

journalière prévue à l'article 2 ci-dessus, sous réserve qu'ils remplissent les conditions d'attribution lors de chaque interruption de travail et que leur incapacité physique de reprendre ou de continuer le travail soit reconnue par le médecin conseil de la caisse d'assurances sociales agricoles.

Pour les maladies, blessures ou infirmités non visées au paragraphe 1er du présent article, ils jouissent ainsi que leur conjoint et leurs ayants droit, des prestations réglementaires de l'assurance-maladie, mais ils sont dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques et autres mis à la charge des assurés malades ou invalides.

Ces dispositions s'appliquent à tous les titulaires de pensions militaires, assurés sociaux dont l'invalidité est au moins égale à 10 % sauf à ceux qui bénéficient de l'indemnité de soins, pensionnés à 100 % pour tuberculose à qui tout travail est interdit.

Art. 91. — La caisse ne doit les prestations en nature aux assurés visés à l'article 90 ci-dessus que pour les affections distinctes de celle qui a motivé l'attribution d'une pension au titre de la législation des pensions militaires.

Lorsqu'il est reconnu qu'une maladie résulte directement de cette dernière affection, elle ne donne pas lieu aux prestations des assurances sociales agricoles.

Art. 92. — Si la caisse conteste l'origine des maladies, blessures ou infirmités, il appartient aux assurés de faire la preuve que celles-ci ne relèvent pas de la législation sur les pensions militaires.

Section VIII

Dispositions diverses

Art. 93. — Les prestations de l'assurance-maladie sont normalement suspendues pendant les périodes de service militaire, national, ou en cas d'appel sous les drapeaux, l'assuré étant soigné par l'autorité militaire.

Pendant toute la durée du service militaire national, ou en cas d'appel sous les drapeaux, les membres de sa famille bénéficient des prestations en nature de l'assurance-maladie, dans la mesure où l'assuré remplit les conditions prévues à la section II du présent décret.

Art. 94. — Pour avoir ou ouvrir droit aux prestations après son retour dans ses foyers, l'assuré doit justifier des conditions prévues à la section II, le temps passé sous les drapeaux ou au titre du service national étant considéré comme journées de travail par application de l'article 6 précité.

Art. 95. — En cas de maladie d'enfants d'assurés sociaux appartenant à des caisses d'assurances sociales différentes, les prestations sont dues par la caisse du père. Lorsque celui-ci n'ouvre pas droit au bénéfice de l'assurance, les prestations sont dues par la caisse de la mère si celle-ci remplit les conditions réglementaires d'attribution.

Art. 96. — Les tarifs de responsabilité servant de base au remboursement des honoraires des médecins, des sages-femmes et auxiliaires médicaux, au remboursement des frais accessoires payés aux praticiens, ainsi qu'au remboursement des frais pharmaceutiques et des frais d'accessoires et de pansements figurant au cahier des charges et à la nomenclature interministérielle des actes médicaux, sont ceux en vigueur dans le régime général des assurances sociales.

Les actes médicaux sont cotés conformément à la nomenclature des actes professionnels en vigueur.

TITRE II

ASSURANCE-INVALIDITE

Art. 97. — L'assurance-invalidité garantit l'octroi d'une pension à l'assuré qui se trouve en état d'invalidité.

Section I

Bénéficiaires

Art. 98. — Sera considéré comme étant en état d'invalidité, l'assuré présentant une invalidité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail et de gain c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer dans une profession de la catégorie

de celle qu'il exerçait, une rémunération supérieure au tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie dans la profession qu'il exerçait avant la date des soins dont le remboursement est demandé ou de la constatation médicale de l'accident ou de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

En vue de déterminer la rémunération normale prévue au paragraphe précédent, la caisse se réfère soit aux décisions fixant le taux des salaires ou avances, soit s'il en existe, aux conventions collectives ou accords de salaires.

Section II

Conditions d'ouverture du droit aux prestations de l'assurance-invalidité

Art. 99. — Pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit :

- 1) outre son invalidité, prouver que la première constatation médicale de l'invalidité est antérieure à son 60ème anniversaire ;
- 2) avoir été immatriculé depuis 12 mois au moins lors de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou de l'accident suivi d'invalidité ou de la constatation médicale de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme ;
- 3) justifier qu'il a travaillé pendant au moins 72 jours ou 480 heures au cours des douze mois précédant l'interruption de travail, l'accident ou la constatation de l'état d'invalidité.

Art. 100. — L'assuré est réputé justifier d'autant de jours ou d'heures de travail :

- 1) qu'il a été versé à son compte de contribution journalière,
- 2) qu'il y a de jours dans les périodes durant lesquelles :
 - il a perçu des indemnités journalières prévues en cas de maladie ou de maternité ;
 - il a perçu des indemnités d'incapacité temporaire prévues par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
 - il a perçu les arrérages d'une pension d'invalidité ;
 - il a rempli des obligations militaires ou celles du service national ;
 - il a observé un repos prescrit par un médecin pour maladie ou accident.

En vue de la détermination du droit aux prestations de l'assurance-invalidité, 6 heures de travail équivalent à une journée.

Art. 101. — L'assuré qui ne remplit pas une des conditions énumérées à l'article précédent, doit établir la preuve de la durée du travail à l'aide, soit de bulletins de paye, soit de pièces reconnues équivalentes.

Art. 102. — L'assuré qui pendant six trimestres civils consécutifs non assimilables à des périodes d'assurance n'a donné lieu au versement d'aucune cotisation, cesse de pouvoir se prévaloir de son immatriculation pour bénéficier de l'assurance-invalidité. Dans ce cas, le nouveau point de départ de l'immatriculation est fixé au premier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré reprend une activité donnant lieu au versement des cotisations.

Section III

Appréciation et évaluation de l'état d'invalidité

Art. 103. — L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail et de gain restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle :

- Soit après consolidation de la blessure en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents du travail.
- Soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces de l'assurance-maladie.
- Soit après stabilisation de son état, intervenue avant l'expiration de l'un des délais précités.

— Soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

Art. 104. — L'invalidité susceptible d'ouvrir droit à une pension d'assurances sociales est évaluée globalement sans qu'il soit fait de distinctions entre la maladie ou l'accident qui ont entraîné cette invalidité et les autres facteurs d'incapacité de travail, même si ceux-ci ou certains d'entre eux sont antérieurs à l'entrée dans l'assurance.

Art. 105. — L'assuré victime d'un accident du travail, tout en bénéficiant des dispositions de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, conserve ses droits aux prestations de l'assurance-invalidité, dans la mesure où il remplit au moment de l'accident ou de la maladie professionnelle, les conditions requises d'affiliation et d'immatriculation.

Toutefois, le cumul de l'indemnité journalière due au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles pendant la période d'incapacité temporaire et de la pension d'invalidité, est interdit. A partir de la guérison ou de la consolidation de la blessure ou de la maladie professionnelle, l'assuré peut par contre prétendre pour une affection ou un accident n'ayant pas un caractère professionnel, à l'attribution d'une pension d'invalidité.

Le cumul des indemnités accordées par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ainsi que par la législation des pensions militaires et de la pension d'invalidité, est autorisé à condition que le total de ces indemnités ne dépasse pas 100 % du salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle. Il en est de même pour le cumul du salaire et de la pension d'invalidité des invalides capables d'exercer une activité rémunérée.

Art. 106. — Les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré ne donnent pas lieu à l'attribution d'une pension.

Les maladies, blessures et infirmités résultant d'un fait de guerre et couvertes par une législation spéciale, ne donnent pas lieu à l'attribution d'une pension d'invalidité au titre des assurances sociales.

Dans le cas où l'aggravation d'une affection résultant d'un fait de guerre ou d'un risque professionnel survient après l'expiration des délais de révisions fixés par la législation relative à ces faits ou risques, l'assuré peut prétendre, s'il remplit par ailleurs les conditions médicales et administratives requises, à l'attribution d'une pension d'invalidité.

Dans tous les cas, les requérants peuvent être invités à faire la preuve qu'ils ont sollicité l'attribution ou la révision d'une pension militaire, d'une pension de victime civile de la guerre ou d'une rente d'accidenté du travail pendant les délais qui leur étaient impartis à cet effet et que cette pension leur a été refusée. En aucun cas, le total de la rente d'accidenté ou de la pension de guerre et de la pension de l'assurance-invalidité ne peut excéder la rémunération perçue par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle.

L'assurance-invalidité joue au profit de l'assuré qui effectue une période d'appel sous les drapeaux ou de service national à condition que l'invalidité ne résulte pas d'une maladie ou infirmité contractée en service.

Art. 107. — La pension d'invalidité est attribuée et liquidée par la caisse d'assurances sociales agricoles et à l'initiative de cette dernière dans le délai de 2 mois qui suit, selon le cas, soit la date de la constatation médicale de l'invalidité si cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme, soit la date de la stabilisation de l'état de l'assuré telle qu'elle résulte de la notification qui en est faite à l'assuré, soit la date de l'expiration de la période légale d'attribution des prestations en espèces de l'assurance-maladie ou la date à laquelle la caisse a cessé d'accorder lesdites prestations.

La caisse est tenue d'examiner les assurés dont la maladie laisse présager une invalidité future. Les frais de cet examen sont à la charge de la caisse.

Art. 108. — La décision est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette lettre mentionne obligatoirement la voie de recours dont dispose l'assuré qui contesterait la décision de la caisse, le délai qui lui est imparti, ainsi que la procédure à suivre pour saisir la commission régionale d'invalidité.

Les contestations relatives à l'état d'invalidité d'un assuré sont de la compétence de la commission régionale d'invalidité prévue à l'article 49 de la loi n° 52-1403 du 30 décembre 1952, et aux articles 11 et suivants de l'arrêté du 27 janvier 1954 fixant les modalités d'application de cette loi. Si la commission a recours à des analyses ou examens particuliers, les frais qui en résulteront seront à la charge de la caisse.

Section IV

Prestations de l'assurance-invalidité

Art. 109. — L'invalidité ouvre droit à une pension dans les conditions suivantes :

1) Pour les invalides capables d'exercer une activité rémunérée, la pension est égale à 30 % du salaire annuel moyen correspondant à compter du 1^{er} janvier 1971, aux cotisations versées au cours des dix années d'assurance précédant soit l'interruption du travail suivie d'invalidité, soit l'accident ayant entraîné l'invalidité, soit la constatation médicale de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

Toutefois, lorsque l'assuré ne compte pas dix années valables d'assurance, la pension est égale à 30 % de la rémunération moyenne annuelle correspondant aux cotisations versées au cours des années d'assurance accomplies depuis l'immatriculation.

L'année de travail est décomptée à raison d'au moins 180 jours ou 1200 heures.

Les salaires ou avances servant de base au calcul des pensions ainsi que toutes les pensions déjà liquidées sont revalorisés et revalorisables sur la base des tableaux des coefficients annuels de revalorisation appliqués pour les pensions de vieillesse du régime général.

2) Pour les invalides absolument incapables d'exercer une profession, la pension est égale à 40 % du salaire ou avance défini au paragraphe précédent.

3) Pour les invalides, qui étant absolument incapables de travailler, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, la pension est portée à 50 %.

4) La pension d'invalidité ne peut être inférieure au taux de l'allocation aux vieux travailleurs.

5) Cette pension peut être révisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité de l'intéressé.

Art. 110. — Entrent en compte comme périodes d'assurances pour le calcul de la rémunération annuelle moyenne :

a) les périodes durant lesquelles l'assuré a bénéficié des indemnités journalières de l'assurance-maladie, de l'assurance-maternité, des arrérages d'une pension d'invalidité ou des indemnités d'incapacité temporaire prévues par la législation sur les accidents du travail.

La somme retenue pour la détermination du salaire moyen sera dans les cas précités, égale au double des indemnités perçues.

Toutefois, lorsque l'indemnité journalière de l'assurance-maladie a été réduite de moitié par suite de l'hospitalisation de l'assuré, la somme retenue est égale à quatre fois ladite indemnité journalière.

b) les périodes de congé payé légal ;

c) les jours de repos prescrits par un médecin, pour maladie ou accident et les périodes d'obligations militaires ou de service national ;

La rémunération fictive à prendre en considération est celle perçue pendant lesdites périodes par un travailleur appartenant à la même catégorie professionnelle que l'assuré.

Art. 111. — Les pensions sont cessibles et saisissables dans les mêmes conditions et limites que les rémunérations.

Toutefois, elles le sont dans la limite de 90 % au profit des établissements hospitaliers pour le paiement des frais d'hospitalisation.

Art. 112. — La pension est toujours concédée à titre temporaire. Elle peut être révisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité.

Le service de la pension peut être suspendu en tout ou partie, en cas de reprise du travail, lorsque la capacité de gain de l'assuré devient supérieure à 50 %.

Le service de la pension doit être suspendu en cas de reprise du travail lorsque la capacité de gain atteint 66 %.

La caisse peut réclamer de l'invalidé, tous renseignements qu'elle jugera opportuns sur son activité et sa rémunération.

Les décisions de suspension et de révision doivent être notifiées à l'assuré par lettre recommandée. Elles prennent effet à compter du jour de la notification faite à l'intéressé.

Les arrérages des pensions d'invalidité sont supprimés à l'expiration du trimestre d'arrérages au cours duquel le bénéficiaire a exercé une activité professionnelle non rémunérée. En cas de contestation, l'incapacité de travail et de gain est appréciée par la commission visée à l'article 108.

Art. 113. — Lorsque l'invalidé dont la pension est suspendue est atteint d'une nouvelle affection entraînant une invalidité qui réduit au moins des 2/3 sa capacité de travail et de gain, la caisse procède à la liquidation d'une seconde pension qui se substitue à la première.

Art. 114. — Les arrérages de la pension sont dûs à partir de la date à laquelle a été apprécié l'état d'invalidité. Ils sont payés trimestriellement et à terme échu. Le service de la pension est assuré par la caisse qui en a effectué la liquidation.

Art. 115. — Si l'assuré était en apprentissage lors de la survenance du risque, ses gains sont comparés à la rémunération habituelle d'un ouvrier de même âge et de la même région appartenant à la catégorie professionnelle à laquelle l'assuré aurait normalement accédé à sa sortie d'apprentissage.

Art. 116. — Si un assuré reprend le travail après suspension de sa pension d'invalidité, il est considéré comme ayant rempli pendant l'année précédant la date de la suppression de cette pension, les conditions exigées pour avoir ou ouvrir droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité, décès.

Art. 117. — L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité a droit ou ouvre droit pendant toute la durée de son invalidité, aux prestations en nature de l'assurance-maladie dans les mêmes conditions que les autres assurés. Il conserve le bénéfice du forfait maternité ainsi que le bénéfice de l'assurance-décès.

Art. 118. — La pension d'invalidité attribuée dans les conditions fixées par le présent décret est remplacée, à partir de l'âge de 60 ans, par une pension de vieillesse d'un montant égal à laquelle s'ajoutent éventuellement la bonification pour enfant et la majoration pour conjoint à charge. L'entrée en jouissance de la nouvelle pension est fixée à la première échéance suivant le 60ème anniversaire de l'invalidé.

La décision attribuant une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité, est prise par la caisse centrale de sécurité sociale agricole, sur proposition de la caisse d'assurances sociales agricoles qui a assuré le service de la pension d'invalidité.

Lorsque la pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité est inférieure au taux de l'allocation aux vieux travailleurs, il est attribué le complément différentiel.

Le titulaire d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité conserve après l'âge de 60 ans, le bénéfice des prestations prévues à l'article 117.

Art. 119. — Sous peine de voir sa pension suspendue ou supprimée, l'invalidé doit se soumettre aux visites médicales qui peuvent être demandées à tout moment par la caisse. Les frais de ces visites sont à la charge de la caisse.

Section V

Dispositions communes à la maladie et à l'invalidité

Art. 120. — Pour bénéficier de la participation de la caisse de sécurité sociale agricole aux frais de rééducation, les assurés sociaux bénéficiaires de l'assurance-maladie, ou pensionnés d'invalidité doivent accomplir le stage en vue de leur rééducation professionnelle dans les établissements ou centres visés par la réglementation applicable en la matière dans le régime général.

Art. 121. — Le bénéfice de la rééducation est accordée par la caisse soit sur son initiative, soit sur la demande de l'assuré, au vu des résultats d'un examen psychotechnique préalable organisé et contrôlé par elle.

Art. 122. — La caisse fait admettre l'assuré en rééducation comme interne ou externe dans un des établissements visés à l'article 120 ci-dessus, compte tenu des résultats de l'examen prévu à l'article 121, des places dans ces établissements, du choix exprimé par l'assuré, ou, s'il y a lieu, autorise le placement chez un employeur.

Art. 123. — Les frais de rééducation dont la charge est supportée par la caisse, sont :

1) les frais du voyage effectué par l'assuré par le mode de transport le moins onéreux pour se rendre à l'établissement où il a été admis en qualité d'interne et du voyage de retour dans les mêmes conditions à la fin du stage de rééducation ;

2) les frais de rééducation ;

3) le prix de journée ;

4) le prix des appareils de prothèse de travail indispensables qui ne seraient pas susceptibles d'être pris en charge au titre de l'assurance-maladie.

Art. 124. — Des conventions conclues entre les caisses de sécurité sociale agricole et les établissements ou centres visés à l'article 120 fixent les tarifs des frais visés aux alinéas 2, 3 et 4, de l'article 123 ci-dessus, ainsi que les modalités de paiement par les caisses à ces établissements, des frais correspondants.

Art. 125. — La date d'entrée en vigueur du présent décret est fixée au 1^{er} avril 1971 conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 susvisée.

Art. 126. — Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont abrogées.

Art. 127. — Le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire et le ministre du travail et des affaires sociales sont chargés de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 avril 1971.

Houari BOUMEDIENE.

Décret n° 71-71 du 5 avril 1971 relatif aux modalités d'application de l'assurance-décès dans le secteur agricole.

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

Décète :

Article 1^{er}. — Les dispositions de l'ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 relative à l'organisation d'un nouveau régime d'assurances sociales agricoles sont, en ce qui concerne l'assurance-décès, applicable selon les modalités ci-après.

Art. 2. — L'assurance-décès garantit aux ayants droit de l'assuré, le paiement d'un capital-décès quelle que soit la cause de ce décès.

Section I Bénéficiaires

Art. 3. — Le versement du capital-décès est effectué dans les conditions suivantes :

a) au conjoint survivant, non divorcé, quel que soit le régime matrimonial adopté par les deux époux ;

b) à défaut de conjoint survivant, ou si le conjoint est divorcé, aux descendants à charge, c'est-à-dire :

— enfants n'ayant pas atteint l'âge de 14 ans ;

— enfants n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans pour lesquels il aura été passé un contrat écrit d'apprentissage ;

— enfants n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans et qui fréquentent régulièrement un établissement d'instruction de l'enseignement primaire, secondaire, supérieur, technique ou professionnel ;

— descendants, sans condition d'âge, effectivement à la charge de l'assuré et incapables de travailler par suite d'infirmité ou de maladie ;

— fille n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans et qui remplace auprès d'un frère ou d'une sœur, la mère de famille décédée.

c) à défaut de conjoint survivant et de descendants à charge, aux ascendants à charge dans le cas où l'assuré décédé était célibataire ou veuf.

Art. 4. — A défaut d'ayants droit remplissant les conditions ci-dessus, le capital-décès n'est pas attribué.

Art. 5. — Au cas où le *de cuius* laisserait plusieurs veuves, ou plusieurs enfants, ou plusieurs ascendants, le capital-décès serait réparti entre eux par parts égales.

Section II

Conditions d'ouverture du droit au capital-décès

Art. 6. — Pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance-décès, l'assuré doit avoir travaillé au moins 18 jours ou 120 heures au cours des trois mois précédant la date du décès.

Le droit aux prestations de l'assurance-décès est supprimée à l'expiration d'un délai d'un mois suivant la date à laquelle l'assuré cesse de remplir les conditions exigées pour être assujéti à l'assurance obligatoire.

Art. 7. — L'assuré est réputé justifier d'autant de jours ou d'heures de travail :

1°) qu'il a été versé à son compte de contributions journalières ;

2°) qu'il y a de jours dans les périodes pendant lesquelles :

— il a perçu des indemnités journalières prévues en cas de maladie ou de maternité ;

— il a perçu des indemnités d'incapacité temporaire prévues par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ;

— il a perçu les arrérages d'une pension d'invalidité ;

— il a rempli des obligations militaires ou celles du service national ;

— il a observé un repos prescrit par un médecin pour maladie ou accident ;

En vue de la détermination du droit aux prestations de l'assurance-décès, 6 heures de travail équivalent à une journée.

Art. 8. — Si l'assuré ne remplit pas l'une des conditions énumérées à l'article précédent, la preuve de la durée du travail est établie à l'aide, soit de bulletins de paie, soit de pièces reconnues équivalentes par la caisse d'assurances sociales agricoles, telle qu'une attestation du ou des employeurs successifs.

Art. 9. — Les titulaires d'une pension d'invalidité sont considérés comme ayant la qualité d'assurés ouvrant droit aux prestations de l'assurance décès pendant toute la durée de leur invalidité.

Art. 10. — L'assuré qui pendant six trimestres civils consécutifs non assimilables à des périodes d'assurances, n'a donné lieu au versement d'aucune cotisation, cesse d'être considéré comme immatriculé pour l'ouverture du droit au capital-décès.

Dans ce cas, le nouveau point de départ de l'immatriculation est fixé au premier jour du trimestre au cours duquel l'assuré a repris une activité donnant lieu au versement des cotisations.

Art. 11. — Le capital-décès est dû même en cas de décès survenu par suite d'un accident du travail ou au cours de périodes d'appel sous les drapeaux ou de service national ; il est versé sous déduction du montant de l'indemnité pour frais funéraires à laquelle peuvent prétendre les intéressés en application de la législation sur les accidents du travail.

Section III

Montant du capital-décès

Art. 12. — Le capital-décès est égal à 90 fois le gain journalier de base, sans pouvoir être supérieur à trois fois la rémunération mensuelle entrant en ligne de compte pour le calcul des cotisations.

Art. 13. — Ce capital est calculé d'après les dernières paies antérieures à la date de l'interruption de travail conformément aux dispositions des articles 14 et 15 ci-dessous.

Art. 14. — Le gain journalier servant de base au calcul du capital-décès est déterminé comme suit :

1/30^{me} du montant de la dernière ou des deux dernières paies antérieures à la date de l'interruption du travail, suivant que le salaire ou le gain était réglé mensuellement ou deux fois par mois ;

1/30^{me} du montant des paies du mois antérieur à la date de l'interruption du travail, lorsque le salaire ou le gain était réglé journalièrement ;

1/28^{me} du montant des deux ou des quatre dernières paies antérieures à la date de l'interruption du travail suivant que le salaire ou le gain était réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine ;

1/90^{me} du montant ayant donné lieu à précompte du salaire ou du gain des trois mois antérieurs à la date de l'interruption du travail, lorsque ledit salaire ou gain n'était pas réglé au moins une fois par mois, mais l'était au moins une fois par trimestre ;

1/360^{me} du montant du salaire ou du gain des douze mois antérieurs à la date de l'interruption du travail, soit par suite de maladie antérieure indemnisée ou ayant entraîné une interruption de travail inférieure à 4 jours ayant ouvert droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie ou d'accidents du travail, soit à la suite d'une période d'obligations militaires, le salaire ou le gain servant à déterminer le gain journalier de base est celui qu'aurait perçu l'assuré s'il avait travaillé pendant la totalité de la période de référence pour le compte du dernier employeur.

Art. 15. — Dans le cas où, entre la date de cessation d'activité et le décès de l'assuré, survient une augmentation générale des salaires intéressant la catégorie à laquelle appartenait l'assuré, le capital-décès est révisé sur la base du salaire normal au jour du décès.

Section IV

Formalités à accomplir

Art. 16. — Les caisses d'assurances sociales agricoles, saisies par les bénéficiaires, se chargeront des démarches, des enquêtes et de la constitution des dossiers qui devront comprendre dans tous les cas :

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré social ;
- la carte d'immatriculation du *de cujus* ;
- les bulletins de paye ou une attestation de travail et de salaire fournie par l'employeur, apportant la preuve que l'assuré a accompli au moins la durée de travail prévue à l'article 6 ; ces bulletins ou l'attestation devront obligatoirement préciser le salaire ou l'avance perçue et le temps de travail accompli au cours du mois précédant le décès.

Selon le cas :

- la preuve du mariage
- la preuve de non-divorce

— les extraits de l'acte de naissance des ascendants

— les extraits de l'acte de naissance des descendants

— toutes pièces justificatives établissant la qualité de descendant à charge

— toutes pièces justificatives établissant la qualité d'ascendant à charge.

Art. 17. — Lorsque le droit au paiement du capital-décès est ouvert au profit des descendants, la demande tendant au paiement de ce capital-décès doit être présentée par le représentant légal ; en cas de carence de ce dernier, le juge compétent présente la demande et désigne la personne ou l'établissement qui doit recevoir en dépôt pour le compte des mineurs, les sommes leur revenant.

Art. 18. — Les dispositions du présent décret entreront en application au 1er avril 1971 conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 susvisée.

Art. 19. — Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont abrogées.

Art. 20. — Le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire et le ministre du travail et des affaires sociales sont chargés de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 avril 1971.

Houari BOUMEDIENE.

Décret n° 71-72 du 5 avril 1971 relatif aux modalités d'application de l'assurance-maternité dans le secteur agricole.

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

Décète :

Article 1^{er}. — Les dispositions de l'ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 relative à l'organisation d'un nouveau régime d'assurances sociales agricoles, sont en ce qui concerne l'assurance-maternité applicables selon les modalités ci-après.

Art. 2. — L'assurance-maternité couvre les frais relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites et garantit, en ce qui concerne l'assuré, le paiement d'une indemnité journalière de repos.

SECTION I

Bénéficiaires

Art. 3. — Le bénéfice de l'assurance-maternité est accordé :

a) à l'assurée sociale ;

b) au travailleur, assuré social pour son conjoint non divorcé ou bien pour un de ses descendants à charge, tels qu'ils sont définis par la réglementation des allocations familiales du régime général.

Toutefois, les prestations de l'assurance-maternité ne sont pas dues, si le conjoint ou le descendant de l'assuré, tels qu'ils viennent d'être définis, peuvent, en raison de leur propre activité, prétendre à ces prestations au titre d'un autre régime d'assurances sociales.

Art. 4. — Le conjoint d'un assuré décédé peut bénéficier des prestations maternité, même si la constatation médicale de la grossesse a lieu après décès de l'assuré, dès l'instant où ce dernier justifiait, lors de son décès, des conditions d'immatriculation et de travail requises.

Cette disposition ne s'applique qu'aux accouchements survenus moins de 300 jours après le décès.

Art. 5. — Dans le cas de divorce intervenu entre la date présumée de la conception et celle de la naissance, le conjoint est subrogé dans les droits de l'assuré, s'il a supporté seul les frais de maternité.

SECTION II

Conditions d'ouverture du droit aux prestations de l'assurance-maternité

Art. 6. — Pour avoir et ouvrir droit aux prestations de l'assurance-maternité, l'assuré doit avoir travaillé au moins 18 jours ou 120 heures au cours des trois mois précédant la date de la constatation médicale de la grossesse et, en outre, justifier de dix mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement. Le droit aux prestations de l'assurance-maternité est supprimé à l'expiration d'un délai d'un mois, suivant la date à laquelle l'assuré cesse de remplir les conditions exigées pour être assujéti à l'assurance obligatoire. Lorsque les prestations sont servies au moment où l'assuré cesse de remplir lesdites conditions, ces prestations sont supprimées à l'expiration du délai d'un mois visé à l'alinéa précédent.

Art. 7. — L'assuré (e) est réputé (e) justifier d'autant de jours ou d'heures de travail :

1° qu'il a été versé à son compte de contributions journalières ;

2° qu'il y a de jours dans les périodes pendant lesquelles :

- il a perçu des indemnités journalières prévues en cas de maladie ou de maternité,
- il a perçu des indemnités d'incapacité temporaire prévues par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,
- il a perçu les arrérages d'une pension d'invalidité,
- il a rempli des obligations militaires ou celles du service national,
- il a observé un repos prescrit par un médecin pour maladie ou accident.

En vue de la détermination du droit aux prestations de l'assurance-maternité, 6 heures de travail équivalent à une journée.

Art. 8. — L'assuré (e) qui ne remplit pas une des conditions énumérées à l'article précédent, doit établir la preuve de la durée du travail à l'aide, soit du bulletin de paie, soit de pièces reconnues équivalentes.

Art. 9. — Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre des assurances sociales, sont considérés comme ayant la qualité d'assurés ouvrant droit aux prestations en nature de l'assurance-maternité.

L'assurée qui, victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, tout en bénéficiant des dispositions de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, conserve, en cas de grossesse, ses droits aux prestations en nature de l'assurance-maternité, dans la mesure où elle remplit, au moment de l'accident, les conditions requises de travail et d'immatriculation.

La personne titulaire d'une rente allouée, en vertu de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, qui ne peut justifier les conditions de travail et d'immatriculation a droit et ouvre droit, sans participation aux frais, aux prestations en nature de l'assurance-maternité, à condition, toutefois, que la rente corresponde à une incapacité de travail au moins égale à 66,66 %.

Art. 10. — L'assuré qui, durant six trimestres civils consécutifs non assimilables à des périodes d'assurance, n'a donné lieu au versement d'aucune cotisation, cesse de pouvoir se prévaloir de son immatriculation pour bénéficier de l'assurance-maternité. Dans ce cas, le nouveau point de départ de l'immatriculation

est fixé au premier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a repris une activité donnant lieu au versement des cotisations.

Art. 11. — Les prestations de l'assurance-maternité ne sont accordées que si l'accouchement a été pratiqué par un médecin ou une sage-femme diplômée et dans la mesure où la constatation de la grossesse a été notifiée à la caisse.

La sage-femme diplômée est la personne titulaire d'un diplôme d'Etat.

Art. 12. — L'état de grossesse, médicalement constaté, doit être notifié à la caisse d'assurances sociales agricoles intéressée, quatre mois au moins avant la date présumée de l'accouchement.

Le médecin ou la sage-femme diplômée doivent indiquer la date présumée de l'accouchement dans le certificat qu'ils établissent.

Art. 13. — Le médecin-conseil de la caisse peut, au vu du certificat de grossesse, décider d'examiner l'intéressée ou de la faire examiner par le médecin le plus proche de son domicile.

L'intéressée doit, en outre, sur invitation de la caisse compétente, se soumettre aux examens pré et post-nataux ci-après :

- un examen obstétrical au cours du septième mois de grossesse,
- un examen gynécologique, 4 semaines au plus tôt et 8 semaines au plus tard après l'accouchement.

Les frais occasionnés par les examens définis au présent article, sont remboursés dans les conditions de l'assurance-maladie.

Art. 14. — Le droit aux prestations de l'assurance-maternité est ouvert pour toute interruption de la grossesse survenant après la fin du sixième mois de gestation, même si l'enfant n'est pas vivant.

En cas d'interruption de la grossesse survenue avant cette date et en cas de grossesse pathologique, l'intéressé relève de l'assurance-maladie.

SECTION III

Prestations de l'assurance-maternité

Art. 15. — Les prestations en nature de l'assurance-maternité comprennent le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ainsi que les frais d'hospitalisation, en cas d'accouchement à l'hôpital ou dans une clinique agréée.

1. — Les frais médicaux et pharmaceutiques sont remboursés sous forme d'un forfait maternité comprenant le forfait pharmaceutique et, éventuellement, d'analyse fixé à 8,40 DA et le forfait d'accouchement fixé ainsi qu'il suit :

— *accouchement pratiqué par un médecin :*

- simple : 70 DA,
- gémellaire : 86 DA.

— *accouchement pratiqué par une sage-femme :*

- simple : 62 DA,
- gémellaire : 77 DA.

2. — Lorsque l'accouchement a lieu à l'hôpital, la caisse intéressée rembourse, au taux de 80%, les frais d'hospitalisation de la mère et de l'enfant pendant une durée de 8 jours. La caisse rembourse également à l'hôpital le forfait maternité prévu par la réglementation applicable à l'hôpital et à l'assuré (e), les frais occasionnés par les examens pré et post-nataux, dans les conditions fixées à l'article 13 ci-dessus, à l'exclusion du forfait pharmaceutique prévu au paragraphe 1^{er} ci-dessus.

3. — Lorsque l'accouchement a lieu dans une clinique agréée, la caisse rembourse, outre le forfait maternité, les frais de séjour de la mère et de l'enfant pendant une période de 8 jours au maximum et les frais de salle de travail.

Ces remboursements sont effectués sur la base de 80% des tarifs fixés par la législation sur le contrôle des prix pour les cliniques classées dans la 2ème catégorie, tarif de

la salle commune, prestations de service et taxes exclues. En tout état de cause, ils ne sauraient excéder 80% des dépenses effectivement exposées.

4. — En cas d'accouchement dystocique ou de suites de couches pathologiques, il est versé à l'assuré (e), outre les prestations accordées dans les conditions fixées au paragraphe précédent, les frais de séjour, en établissement public ou privé, sans limitation de durée, à la condition que la caisse intéressée soit avisée du dépassement du séjour afin de permettre au médecin-conseil de procéder à tous contrôles utiles.

Les frais supplémentaires afférents à l'acte de dystocie et aux suites de couches pathologiques et les indemnités journalières versées au delà des huit semaines prévues à l'article 16 ci-dessous, sont remboursées au titre de l'assurance-maladie.

5. — En cas d'accouchement dystocique à l'hôpital public, la caisse rembourse à l'hôpital le montant des honoraires supplémentaires dans les conditions prévues à l'alinéa 2 du paragraphe 4 ci-dessus.

6. — Lorsque l'état de la future mère nécessite une intervention chirurgicale cotée à la nomenclature des actes professionnels au chapitre V, article 30 § 1 B, tels que symphysiotomie et césarienne, le remboursement des frais correspondants est effectué au titre de l'assurance-maladie, sans attribution du forfait d'accouchement.

Art. 16. — Si le médecin traitant ou la sage-femme prescrit le repos, l'assurée a droit à une indemnité journalière de repos égale à la moitié du gain journalier de base, sans pouvoir être supérieure au soixantième de la rémunération mensuelle maximum entrant en compte pour le calcul des cotisations.

Cette indemnité n'est due au titre de l'assurance-maternité que dans la limite maximum de huit semaines et pour la période de cessation effective du travail. L'interruption de travail doit intervenir, au plus tôt, deux semaines avant la date présumée de l'accouchement.

Cette indemnité peut être supprimée pendant la période où la caisse a été dans l'impossibilité d'exercer son contrôle.

Art. 17. — Le gain journalier de base est calculé d'après les dernières paies antérieures à la date de cessation effective du travail.

Il est déterminé comme suit :

- 1/30ème du montant de la dernière ou des dernières paies antérieures à la date de l'interruption du travail suivant que le salaire ou le gain est réglé mensuellement ou deux fois par mois,
- 1/30ème du montant des paies du mois antérieur à la date de l'interruption de travail, lorsque le salaire ou le gain est réglé journalièrement,
- 1/28ème du montant des deux ou des quatre dernières paies antérieures à la date de l'interruption du travail, suivant que le salaire ou le gain est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine,
- 1/90ème du montant du salaire ou du gain des trois mois antérieurs à la date de l'interruption du travail, lorsque ledit salaire ou gain n'est pas réglé au moins une fois par mois, mais l'est au moins une fois par trimestre,
- 1/360ème du montant du salaire ou du gain des douze mois antérieurs à la date de l'interruption du travail, lorsque le travail n'est pas continu ou présente un caractère saisonnier.

Si l'assuré travaillait depuis moins de 28 jours, d'un mois, de trois mois ou de douze mois, au moment de l'interruption de travail consécutive à la maternité, par suite de maladie antérieure indemnisée ou entraînant une interruption de travail inférieure à 4 jours ayant ouvert droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie ou d'accident du travail, le salaire ou gain servant à déterminer le gain journalier de base, est celui qu'aurait perçu l'assurée si elle avait travaillé pendant la totalité de la période de référence pour le compte du dernier employeur.

Art. 18. — L'indemnité journalière de repos pour maternité ne peut se cumuler avec l'indemnité journalière de l'assurance-maladie et les arrérages de la pension d'invalidité.

Toutefois, dans les cas prévus au paragraphe 4 de l'article 15 du présent décret et si la guérison intervient avant l'expiration du délai de huit semaines prévu à l'article 16, l'indemnité journalière de repos prévue audit article, peut être versée pour la période restant à courir, sous réserve que la bénéficiaire ne reprenne pas le travail.

Art. 19. — Le cumul de l'indemnité journalière due au titre de la législation sur les accidents du travail pendant la période d'incapacité temporaire et de l'indemnité journalière de repos pour maternité, est interdit.

Par contre, à partir, soit de la guérison ou de la consolidation de la blessure résultant de l'accident du travail, soit de la guérison ou de la consolidation de la maladie professionnelle, l'assurée peut recevoir l'indemnité journalière de repos maternité, si cette guérison intervient avant l'expiration du délai de huit semaines et sous réserve que la bénéficiaire reprenne le travail.

SECTION IV

Formalités à remplir pour bénéficier des prestations de l'assurance-maternité

Art. 20. — L'assuré (e) qui demande le bénéfice des prestations, doit justifier de sa qualité d'assuré (e) social (e) et de la durée d'immatriculation prévue à l'article 6 ci-dessus, par la présentation de sa carte d'immatriculation et fournir à la caisse d'assurances sociales agricoles, les pièces suivantes :

a) au moins quatre mois avant la date présumée de l'accouchement, le certificat de constatation de grossesse prévu à l'article 12 ci-dessus ;

b) dans les huit semaines qui suivent l'accouchement :

- un certificat établi par le médecin ou la sage-femme diplômée qui a pratiqué l'accouchement,
- les certificats pré et post-nataux,
- la fiche familiale d'état civil ou les pièces d'état civil dont elle tient lieu attestant la naissance ou le décès d'un enfant mort-né et apportant la preuve de l'existence du mariage,
- les bulletins de paie ou une attestation de travail et de salaire fournis par l'employeur apportant la preuve de la durée du travail prévue à l'article 6 ci-dessus.

Art. 21. — Dès réception des pièces énumérées ci-dessus et sans attendre la production du certificat médical post-natal, la caisse peut verser, à l'assuré (e) qui en fait la demande, 80% du montant du forfait maternité.

Le paiement de la part complémentaire de 20% n'est effectué, dans ce cas, qu'après dépôt par l'intéressé (e) du certificat précité.

Art. 22. — Le défaut d'accomplissement dans les délais impartis de l'une des formalités prévues aux articles 12 et 13 ci-dessus, pour l'ouverture des droits aux prestations de l'assurance-maternité, sera sanctionné par une diminution de 20% du montant du forfait maternité.

Art. 23. — L'assurée qui demande le bénéfice des indemnités journalières de repos, doit fournir, si le médecin traitant ou la sage-femme prescrit le repos, une attestation de l'employeur spécifiant la durée d'interruption du travail et le montant des dernières paies servant de base au calcul de l'indemnité journalière déterminée dans les conditions prévues à l'article 17 ci-dessus.

Art. 24. — Toutes dispositions contraires à celles du présent décret, sont abrogées.

Art. 25. — Le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire et le ministre du travail et des affaires sociales sont chargés de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 avril 1971.

Houari BOUMEDIENE

Décret n° 71-73 du 5 avril 1971 relatif aux modalités d'application de l'assurance-vieillesse dans le secteur agricole.

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

Décrète :

Article 1^{er}. — Les dispositions de l'ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 relative à l'organisation d'un nouveau régime d'assurances sociales agricoles, sont applicables, en ce qui concerne l'assurance-vieillesse, selon les modalités ci-après.

CHAPITRE I

CONDITIONS D'OUVERTURE DE DROIT A PENSION

Art. 2. — L'assuré social qui réunit les conditions prévues à l'article 3 ci-dessous, a droit et ouvre droit, selon le cas, à :

- une pension de retraite, augmentée, éventuellement, de majorations pour conjoint à charge et pour enfants,
- une pension de reversion, augmentée, éventuellement, de majorations pour enfants,
- une pension d'invalidité de veuf ou de veuve,
- ainsi qu'aux prestations d'assurances sociales énumérées aux articles 15 et 16 ci-dessous.

Art. 3. — Le droit à pension-vieillesse est ouvert lorsque les conditions suivantes sont remplies par l'assuré social :

- avoir atteint l'âge de 60 ans,
- compter au minimum 10 années d'assurance ou assimilées ou 40 trimestres valables ou validables, au sens des articles 21 et 22 ci-dessous,
- compter, dans le temps minimum prévu à l'alinéa précédent, au moins trois années d'assurances ou douze trimestres ayant donné lieu au versement de cotisations ou contributions d'assurances sociales agricoles.

CHAPITRE II

PENSION DE RETRAITE

Art. 4. — Pour les assurés qui justifient d'au moins trente années d'assurance ou assimilées, le montant annuel de la pension de retraite est égal au produit du salaire minimum agricole garanti en vigueur par 300 journées de travail.

Art. 5. — Si l'assuré a accompli moins de trente années, mais au moins le minimum d'années d'assurance ou assimilées dans les conditions fixées à l'article 3 précité, le montant de sa pension est égal à autant de trentièmes de la pension prévue à l'article 4 ci-dessus, qu'il justifie d'années ou de trimestres d'assurance ou assimilées, sans toutefois pouvoir être inférieur au montant de l'allocation aux vieux travailleurs.

Art. 6. — Le montant de la pension calculé dans les conditions fixées par les articles 4 et 5 ci-dessus, est augmenté d'une bonification globale de dix pour cent, lorsque trois enfants au moins ont été, pendant un minimum de neuf ans avant leur seizième anniversaire, à la charge effective et permanente du bénéficiaire de la pension ou de son conjoint.

Art. 7. — Le montant de la pension calculé dans les conditions fixées par les articles 4 et 5 ci-dessus, est, en outre, majoré, selon le cas :

- de 50 DA par an, lorsque le conjoint à charge de l'assuré est âgé de moins de 60 ans et n'est pas bénéficiaire d'un avantage attribué au titre d'une législation de sécurité sociale,

— de 320 DA par an, lorsque le conjoint à charge de l'assuré est âgé de plus de 60 ans et n'est pas bénéficiaire d'un avantage-vieillesse attribué au titre d'une législation de sécurité sociale.

Art. 8. — Lorsque chacun des conjoints a droit à une pension, il n'est, éventuellement, servi qu'une seule majoration pour conjoint et une seule bonification pour enfants.

CHAPITRE III

PENSION DE REVERSION

Art. 9. — La veuve du titulaire d'une pension de retraite ou d'un travailleur remplissant, au moment du décès, les conditions requises pour l'obtenir, bénéficie d'une pension de reversion, sous réserve :

- d'être âgée d'au moins 60 ans,
- d'avoir été à la charge du *de cujus*,
- d'avoir contracté mariage avec le *de cujus* au moins deux ans avant le décès,
- de n'être pas elle-même bénéficiaire d'un avantage attribué au titre d'une législation de sécurité sociale.

Art. 10. — La pension de reversion est égale à la moitié de la pension de retraite à laquelle avait droit le *de cujus*.

Il s'y ajoute la bonification pour enfants prévue à l'article 6 ci-dessus.

Art. 11. — La pension de reversion est supprimée en cas de remariage de la veuve, à partir du premier jour du trimestre suivant.

Art. 12. — Dans le cas où le *de cujus* laisse plusieurs veuves, la pension de reversion est partagée également et définitivement entre les intéressées, en fonction de leur nombre au moment où l'une d'elles, au moins, remplit les conditions requises pour avoir droit à la pension de reversion, la majoration pour charges de famille revenant à la veuve concernée.

Chaque veuve perçoit, s'il y a lieu, la quote-part qui lui a été ainsi attribuée ou réservée ; le remariage de l'une d'elles ne peut avoir pour effet de modifier la quote-part des autres veuves.

CHAPITRE IV

PENSION D'INVALIDITE DE VEUF OU DE VEUVE

Art. 13. — Le conjoint survivant d'un assuré titulaire d'une pension de retraite, ou remplissant, au moment de son décès, les conditions requises pour l'obtenir, a droit, quel que soit son âge, s'il est atteint d'une invalidité totale le mettant dans l'incapacité d'exercer une profession quelconque, à une pension d'invalidité de veuf ou de veuve égale à la pension de reversion prévue aux articles 9 et suivants ci-dessus, sous réserve :

- d'avoir contracté mariage avec le *de cujus* au moins deux ans avant le décès,
- d'avoir été à la charge du *de cujus*,
- de n'être pas lui-même bénéficiaire d'un avantage attribué au titre d'une législation de sécurité sociale.

Art. 14. — Toutefois, s'il s'agit d'un veuf, la pension n'est attribuée que si la preuve est apportée que l'assuré subvenait principalement par son propre travail, aux besoins de la famille en raison de l'invalidité de son conjoint.

Les dispositions de l'article 12 qui précède, sont applicables, s'il y a lieu, à la pension d'invalidité de veuve.

CHAPITRE V

PRESTATIONS D'ASSURANCES SOCIALES

Art. 15. — Les titulaires d'une pension de vieillesse qui n'effectuent aucun travail rémunéré, ont droit et ouvrent droit, dans les mêmes conditions que les travailleurs, aux prestations en nature de l'assurance-maladie. Au décès du pensionné, cet avantage est maintenu à son conjoint si celui-ci remplit les conditions requises.

Art. 16. — Les titulaires d'une pension de retraite substituée à une pension d'invalidité, ont également droit, sans limitation de durée, aux prestations en nature de l'assurance-maladie pour l'affection ayant donné lieu à l'attribution de la pension d'invalidité.

CHAPITRE VI

APPRECIATION DU DROIT A PENSION

Section I

Périodes de travail et d'assurances

Art. 17. — L'année de travail est décomptée à raison de 180 jours ou 1200 heures de travail au moins accomplies dans l'année civile.

Le trimestre de travail est décompté à raison de 45 jours ou 300 heures de travail au moins accomplies dans le trimestre civil.

Art. 18. — L'année ou le trimestre d'assurance s'entend de l'année de travail, au titre de laquelle ont été versées les cotisations ou contributions d'assurances sociales prévues par la réglementation en vigueur dans le secteur agricole.

Toutefois, les cotisations précomptées, en temps utile et non versées, sont prises en considération, même si elles n'ont pu être recouvrées auprès de l'employeur.

Art. 19. — Sont assimilées à des périodes d'assurances :

- les périodes de travail comprises entre le 1^{er} janvier 1947 et le 1^{er} avril 1963,
- les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié des prestations en espèces des assurances maladie ou chirurgie, maternité, invalidité du régime d'assurances sociales agricoles,
- les périodes postérieures au 1^{er} janvier 1947, d'incapacité professionnelle temporaire indemnisée au titre de la législation sur les accidents du travail, les périodes d'incapacité permanente pendant lesquelles l'intéressé a bénéficié d'une rente allouée au titre de la législation sur les accidents du travail basée sur un taux d'incapacité professionnelle d'au moins 66,66%,
- les jours de congé payé légal,
- les journées de repos prescrites par un médecin pour maladie ou accident,
- les périodes de service militaire légal, de service national ainsi que celles énumérées à l'article 21 ci-après.

Art. 20. — Toutes les périodes précitées comprises entre le 1^{er} janvier 1947 et le 1^{er} avril 1963 devront, pour être prises en compte, faire l'objet d'une demande de validation de la part des intéressés.

Les demandes de validation devront être présentées, au plus tard, dans le délai de dix-huit mois, suivant la publication du présent décret au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Art. 21. — En outre, sont considérées comme périodes d'assurances, quelle que soit leur époque :

- les périodes de participation à la lutte de libération nationale validée par la réglementation concernant les membres de l'A.L.N. et de l'O.C.F.L.N.,
- les périodes pendant lesquelles l'assuré a été présent sous les drapeaux, par suite de mobilisation ou comme volontaire de guerre.

Art. 22. — Sont assimilées à des périodes d'assurance, même s'il n'y a eu ni versement ni précompte de cotisations, les périodes postérieures à l'assujettissement obligatoire aux assurances sociales durant lesquelles le travailleur prouve, par la production des certificats de ses employeurs, qu'il a été effectivement employé.

Art. 23. — Dans tous les cas, il ne peut être retenu :

- qu'une seule année de travail ou d'assurance par année civile,
- qu'un seul trimestre de travail ou d'assurance par trimestre civil.

Section II

Etat d'invalidité - Ressources personnelles

Art. 24. — L'appréciation de l'état d'invalidité et le règlement des contestations y afférentes, sont effectuées comme en matière d'assurance-invalidité.

Art. 25. — Est considérée comme à charge au sens des articles 7, 9 et 13 ci-dessus, le conjoint dont les ressources personnelles, augmentées d'une somme égale à la moitié du taux de l'allocation aux vieux travailleurs, n'excède pas 2.010 DA par an.

Art. 26. — N'entrent pas en ligne de compte dans le total des ressources mentionné à l'article 25 ci-dessus :

- l'indemnité de soins aux tuberculeux,
- les allocations familiales.

Section III

Dispositions relatives aux cumuls

Art. 27. — Pour l'application des articles 7, 9 et 13 ci-dessus, est considéré comme avantage attribué au titre d'une législation de sécurité sociale, soit une pension, allocation ou rente acquise en vertu d'un droit propre ou du chef du conjoint, soit un secours viager.

Lorsque le montant des avantages énumérés ci-dessus est inférieur aux avantages à l'attribution desquels ils font obstacle, il est servi le complément différentiel aux intéressés.

Art. 28. — Le bénéficiaire d'une pension d'invalidité voit, lorsqu'il atteint l'âge à partir duquel il pourrait prétendre à un avantage de l'assurance-vieillesse, sa pension d'invalidité remplacée par cet avantage dont le montant ne peut être inférieur à celui de la pension d'invalidité.

Art. 29. — Les prestations de l'assurance-vieillesse et celles de l'allocation aux vieux travailleurs ne peuvent être cumulées.

Section IV

Date d'entrée en jouissance

Art. 30. — L'entrée en jouissance des prestations de l'assurance-vieillesse est fixée au premier jour du mois qui suit la date de la présentation de la demande, sauf dans les cas prévus aux articles 31 et 32 ci-dessous.

La date de la présentation de la demande s'entend de la date à laquelle un bénéficiaire éventuel d'un avantage de l'assurance-vieillesse en dépose la demande écrite, soit à une caisse d'assurances sociales agricoles, soit à la caisse centrale, soit à une caisse d'un régime non agricole de la sécurité sociale, soit à une administration centrale, régionale ou de wilaya.

Cette date est retenue même si l'avantage de vieillesse réclamé par l'intéressé n'est pas celui auquel il peut réellement prétendre.

En aucun cas, la date d'entrée en jouissance ne peut être antérieure à la date d'ouverture du droit aux prestations.

Art. 31. — Lorsque l'attribution de la prestation est subordonnée à la reconnaissance d'un état d'invalidité, la date d'entrée en jouissance ne peut être antérieure à la date à partir de laquelle l'état d'invalidité est reconnu.

Art. 32. — L'entrée en jouissance de la pension de reversion est fixée au lendemain du décès du *de cujus*, si la demande est déposée dans les six mois ou dans le cas contraire, au premier jour du mois suivant la date de présentation de la demande, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 9 ci-dessus.

CHAPITRE VII

FORMALITES A ACCOMPLIR POUR BENEFICIER D'UN AVANTAGE DE L'ASSURANCE-VIEILLESSE

Art. 33. — En vue de bénéficier d'un avantage de l'assurance-vieillesse, le requérant doit adresser à la caisse d'assurances sociales agricoles, une déclaration conforme au modèle approuvé par le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire.

A cette déclaration, devront être jointes les pièces suivantes :

- document d'état civil établissant la date de naissance du requérant ;

Pour les périodes validables, autres que celles qui ont donné lieu à paiement de cotisations d'assurances sociales :

- certificats de travail ou attestations relatives aux périodes constituant les années de travail ou assimilées ;

— éventuellement et selon la prestation réclamée, les fiches d'état civil ou les pièces dont elles tiennent lieu attestant la date du mariage, le non-divorce, le nombre d'enfants élevés et leur qualité d'enfants à charge, au sens du présent décret et la date de décès du pensionné.

Art. 34. — Lorsque par suite d'impossibilité matérielle, le travailleur ne pourra pas fournir les attestations ou certificats de travail exigés à l'article précédent, il pourra être suppléé à ces attestations par une déclaration écrite et circonstanciée de l'intéressé mentionnant les nom, adresse et nature de l'activité du ou des employeurs successifs, le temps de travail passé dans chaque établissement et le montant du salaire ou de l'avance allouée, ainsi que toutes indications susceptibles d'établir la preuve de la véracité des renseignements donnés.

Ces renseignements devront être corroborés par les résultats d'une enquête à laquelle la caisse fera procéder.

CHAPITRE VIII

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 35. — La caisse adresse à l'intéressé qui a présenté une demande d'avantage vieillesse, un récépissé mentionnant notamment la date de présentation de cette demande, telle qu'elle est définie à l'article 30 ci-dessus.

Elle procède à l'examen du dossier du requérant et se livre à toutes enquêtes, recherches nécessaires et demande tous éclaircissements qu'elle juge utiles à l'intéressé.

Art. 36. — Les employeurs ressortissant des professions agricoles, devront conserver pendant cinq ans, à compter de la date de leur clôture, les livres de paie obligatoires, tenus conformément aux dispositions de la réglementation en vigueur.

Ces documents devront être présentés à toute réquisition des officiers de police judiciaire, des inspecteurs et contrôleurs de la sécurité sociale agricole et des affaires rurales et des contrôleurs des caisses d'assurances sociales agricoles.

Art. 37. — Lorsque la caisse retient, pour l'attribution d'une prestation de l'assurance-vieillesse, une période de travail postérieure à l'assujettissement obligatoire au régime des assurances sociales agricoles, elle doit exercer contre le ou les employeurs successifs, responsables du non-paiement des cotisations ou contributions, le recours prévu à l'article 61 bis de la loi n° 52-1403 du 30 décembre 1952.

Art. 38. — La caisse notifie une décision de rejet aux requérants qui ne remplissent pas les conditions requises pour avoir droit à l'un des avantages de l'assurance-vieillesse.

La notification doit mentionner les voies de recours ouvertes au requérant qui contesterait la décision de la caisse, ainsi que le délai dont il dispose pour exercer le recours.

Art. 39. — Les pensions sont servies trimestriellement et à terme échu aux bénéficiaires, auxquels la caisse remet un titre d'allocataire ou de pensionné, comportant une photographie d'identité de l'intéressé et mentionnant, notamment, le lieu et l'époque du paiement des arrérages.

Art. 40. — Le premier paiement comportant les arrérages dus depuis l'entrée en jouissance, est effectué à l'échéance trimestrielle normale immédiatement postérieure à la date de la décision de la caisse.

Art. 41. — La date d'entrée en vigueur du présent décret est fixée au 1^{er} avril 1971, conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 susvisée.

Art. 42. — Toutes dispositions contraires à celles du présent décret, sont abrogées.

Art. 43. — Le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire et le ministre du travail et des affaires sociales sont chargés de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 avril 1971.

Houari BOUMEDIENE

Décret n° 71-74 du 5 avril 1971 relatif aux modalités d'application de l'allocation aux vieux travailleurs dans le secteur agricole.

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

Décète :

Article 1^{er}. — Les dispositions de l'ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 relative à l'organisation d'un nouveau régime d'assurances sociales agricoles, sont, en ce qui concerne l'allocation aux vieux travailleurs dans le secteur agricole, applicables, selon les modalités ci-après.

CHAPITRE I

CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT A L'ALLOCATION

Art. 2. — Le droit à l'allocation aux vieux travailleurs est ouvert lorsque les conditions suivantes sont remplies par l'assuré social :

- être de nationalité algérienne,
- avoir atteint l'âge de soixante-cinq ans,
- être dépourvu de ressources suffisantes au sens de l'article 4 ci-dessous,
- compter, à la date de la demande d'allocation, au moins trois années d'immatriculation ayant entraîné le versement de cotisations ou contributions au régime agricole des assurances sociales,
- avoir accompli, après avoir atteint l'âge de 50 ans au moins 15 années de travail au sens des articles 14 et 15 ci-dessous, tout en relevant du régime agricole des assurances sociales.

Les périodes de travail accomplies postérieurement au 30 juin 1952, ne sont prises en considération, que dans la mesure où elles correspondent à des périodes d'assurances, au sens de l'article 16 ci-dessous.

Art. 3. — Les âges de 65 ans et de 50 ans, prévus à l'article précédent, sont ramenés respectivement à 60 ans et 45 ans en cas d'invalidité.

Art. 4. — Est considéré comme dépourvu de ressources suffisantes, le vieux travailleur dont l'ensemble des ressources de quelque nature qu'elles soient, y compris l'allocation, n'excède pas :

- soit 2.010 DA par an, s'il est célibataire,
- soit, s'il est marié, 2.580 DA par an, y compris les ressources du ou des conjoints.

Le total des ressources personnelles est calculé compte tenu des dispositions de l'article 21 ci-dessous.

Art. 5. — L'allocation est accordée aux vieux travailleurs étrangers sous les réserves suivantes :

- a) être ressortissant de pays ayant passé avec l'Algérie un accord de réciprocité ;
- b) remplir toutes les conditions prévues pour les travailleurs algériens par la législation et la réglementation en vigueur en Algérie.

L'allocation cesse d'être servie aux ressortissants de pays étrangers qui quittent le territoire algérien.

CHAPITRE II

ALLOCATION

Art. 6. — Le montant de l'allocation aux vieux travailleurs est égal au tiers du montant de la pension de retraite à laquelle peut prétendre un assuré justifiant d'au moins trente années d'assurance ou assimilées.

Art. 7. — Lorsque le total des ressources personnelles du bénéficiaire, y compris l'allocation, dépasse les montants fixés à l'article 4 ci-dessus, l'allocation est réduite en conséquence.

Si le montant annuel des ressources arrondi en multiple de 10 DA, immédiatement inférieur, excède les montants résultant de l'application des dispositions qui précèdent l'allocation, est liquidée pour ordre, le service des arrérages demeurant suspendu, tant qu'aucune modification n'intervient dans le montant des ressources déclarées.

Art. 8. — L'allocataire est tenu de faire connaître les changements survenus dans ses ressources, impliquant la réduction ou la suppression de l'allocation, sous peine de déchéance du bénéfice de l'allocation.

En cas de variation dans le montant des ressources, les réductions des arrérages prennent effet à compter du premier jour du trimestre d'arrérages, suivant celui au cours duquel les ressources trimestrielles sont devenues supérieures ou inférieures au quart des montants prévus à l'article 4 ci-dessus.

Art. 9. — Les dispositions des articles 8 et 9 ci-dessus, sont applicables dans les cas prévus au chapitre ci-après.

Les vieux travailleurs hospitalisés ou hébergés dans un hospice aux frais de collectivités publiques, ne peuvent pas bénéficier de l'allocation. Toutefois, il leur est alloué une somme forfaitaire égale au 1/10ème du montant de cette allocation.

CHAPITRE III

SECOURS VIAGER

Art. 10. — La veuve du titulaire d'une allocation bénéficie d'un secours viager, sous réserve :

- de n'être pas elle-même bénéficiaire d'un avantage au titre d'un régime de sécurité sociale,
- d'être âgée d'au moins 65 ans,
- d'avoir été à la charge du *de cuius* et d'avoir des ressources personnelles n'excédant pas le montant fixé à l'article 20 ci-après,
- d'avoir contracté mariage avec le *de cuius* avant que celui-ci ait atteint l'âge de 60 ans.

Art. 11. — Le montant annuel du secours viager est égal au tiers du montant de l'allocation à laquelle avait droit le vieux travailleur à la date de son décès.

Art. 12. — Le secours viager peut être attribué dans les conditions prévues à l'article 11 ci-dessus, à la veuve âgée d'au moins 60 ans qui est reconnue inapte au travail.

CHAPITRE IV

APPRECIATION DU DROIT A L'ALLOCATION

Section I

Période de travail et d'assurance

Art. 13. — L'année de travail est décomptée, à raison de 180 jours ou 1.200 heures de travail au minimum accomplies dans l'année.

Art. 14. — Sont assimilées à des périodes de travail :

- a) les périodes d'incapacité professionnelle temporaire indemnisées au titre de la législation sur les accidents du travail ;
- b) les périodes d'incapacité permanente pendant lesquelles l'intéressé a bénéficié d'une rente allouée au titre de la législation sur les accidents du travail basée sur le taux d'incapacité professionnelle d'au moins 66,66 % ;
- c) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié des prestations des assurances maladie ou chirurgicale, maternité, invalidité, du régime d'assurances sociales agricoles ;

d) les jours de congé payé légal ;

e) les journées de repos prescrits par un médecin pour maladie ou accident ;

f) les périodes de participation à la lutte de libération nationale, validées par la réglementation concernant les membres de l'A.L.N. et de l'O.C.F.L.N.

Art. 15. — L'année d'assurance s'entend de l'année de travail au titre de laquelle ont été versées les cotisations ou contributions d'assurances sociales prévues par la réglementation en vigueur dans le secteur agricole.

Toutefois, les cotisations précomptées, en temps utile et non versées, sont prises en considération même si elles n'ont pu être recouvrées auprès de l'employeur.

Art. 16. — Sont assimilées à des périodes d'assurance, même s'il n'y a eu ni versement ni précompte de cotisations, les périodes durant lesquelles le travailleur prouve, par la production de certificats de ses employeurs, qu'il a été effectivement travailleur.

Art. 17. — Dans tous les cas, il ne peut être retenu qu'une seule année de travail ou d'assurance par année civile.

Section II

Etat d'invalidité - Ressources personnelles

Art. 18. — Est considéré comme invalide ou inapte au travail, par application des articles 3, 5 et 13 du présent décret, le requérant dont l'incapacité de travail ou de gain est au moins égale à 66,66 %.

L'appréciation de l'état d'invalidité ou d'inaptitude au travail et le règlement des contestations y afférentes, sont effectués comme en matière d'assurance-invalidité.

Art. 19. — Est considéré comme à charge, au sens de l'article 10 ci-dessus, le conjoint qui d'une part, n'est pas titulaire d'un avantage au titre d'une législation de sécurité sociale et d'autre part, dont les ressources personnelles augmentées du montant du secours viager, n'excèdent pas 2.010 DA.

Art. 20. — N'entrent pas en ligne de compte dans le total des ressources mentionnées aux articles 4 et 19 ci-dessus :

- les allocations familiales,
- la bonification pour enfants,
- la pension d'ascendant pour un fils mort pour l'Algérie.

Section III

Dispositions relatives aux cumuls

Art. 21. — Pour l'application de l'article 19 ci-dessus, est considéré comme avantage au titre d'une législation de sécurité sociale, une pension, allocation ou rente acquise en vertu d'un droit propre ou du chef du conjoint.

Lorsque le montant des avantages énumérés ci-dessus, est inférieur aux avantages à l'attribution desquels ils font obstacle, il est servi le complément différentiel.

Art. 22. — Le bénéficiaire d'une pension d'invalidité voit, lorsqu'il atteint l'âge à partir duquel il pourrait prétendre à un avantage de l'assurance-vieillesse, sa pension d'invalidité remplacée par cet avantage dont le montant ne peut être inférieur à celui de la pension d'invalidité.

Art. 23. — Lorsqu'un vieux travailleur, titulaire d'une pension de retraite, remplit les conditions requises pour bénéficier de l'allocation aux vieux travailleurs, le montant de sa pension de retraite est, éventuellement, majoré de façon à ne pas être inférieur au montant de l'allocation.

La comparaison entre les deux avantages est effectuée sans tenir compte de la bonification pour enfants ni de la majoration pour conjoint à charge auxquelles le retraité peut avoir droit au titre de l'assurance-vieillesse.

Sous réserve des dispositions ci-dessus, les prestations de l'assurance-vieillesse et celles de l'allocation aux vieux travailleurs, ne peuvent être cumulées.

Section IV

Date d'entrée en jouissance

Art. 24. — L'entrée en jouissance de l'allocation aux vieux travailleurs, est fixée au premier jour du mois qui suit la date de la présentation de la demande, sauf dans les cas prévus aux articles 26 et 27 ci-dessous.

La date de la présentation de la demande est la date à laquelle un bénéficiaire éventuel d'un avantage de vieillesse en dépose la demande écrite, soit à une caisse d'assurances sociales agricoles, soit à la caisse centrale, soit à une caisse d'un régime non agricole de sécurité sociale, soit à une administration centrale ou de wilaya.

Cette date est retenue même si l'avantage de vieillesse réclamé par l'intéressé, n'est pas celui auquel il peut réellement prétendre.

En aucun cas, la date d'entrée en jouissance ne peut être antérieure à la date d'ouverture du droit aux prestations.

Art. 25. — L'entrée en jouissance du secours viager est fixée au lendemain du décès du vieux travailleur, si la veuve avait 65 ans ou si, âgée d'au moins 60 ans, elle était reconnue inapte au travail à cette date et sous réserve que la demande soit souscrite dans un délai de 3 mois, à compter de la date du décès dans l'un ou l'autre cas.

Dans le cas contraire, l'entrée en jouissance est fixée au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande sans qu'elle puisse être antérieure au 65ème anniversaire de l'intéressée.

Art. 26. — Lorsque l'attribution de la prestation est subordonnée à la reconnaissance d'un état d'invalidité ou d'incapacité au travail, la date d'entrée en jouissance ne peut être antérieure à la date à partir de laquelle cet état est reconnu.

CHAPITRE V

FORMALITES A ACCOMPLIR POUR BENEFICIER D'UN AVANTAGE DE L'ALLOCATION AUX VIEUX TRAVAILLEURS

Art. 27. — En vue de bénéficier de l'allocation aux vieux travailleurs, le requérant doit adresser une déclaration conforme au modèle approuvé par le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire.

A cette déclaration, devront être jointes les pièces suivantes :

- document d'état civil établissant la date de naissance du requérant,
- certificats de travail ou attestations relatives aux périodes constituant les années de travail ou assimilées,
- éventuellement, les fiches d'état civil ou les pièces dont elles tiennent lieu attestant la date du mariage, le non-divorce et la date du décès du vieux travailleur ou un certificat de vie du conjoint.

Art. 28. — Lorsque, par suite d'impossibilité matérielle, le travailleur ne pourra pas fournir les attestations ou certificats de travail, exigés à l'article précédent, il pourra être suppléé à ces attestations par une déclaration écrite et circonstanciée de l'intéressé mentionnant les nom, adresse et nature de l'activité du ou des employeurs successifs, le temps de travail passé dans chaque établissement et le montant du salaire ou de l'avance allouée, ainsi que toutes indications susceptibles d'établir la preuve de la véracité des renseignements donnés.

Ces renseignements devront être corroborés par les résultats d'une enquête à laquelle la caisse fera procéder.

CHAPITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 29. — La caisse remet ou adresse à l'intéressé qui a présenté une demande, un récépissé mentionnant notamment la date de présentation de cette demande, telle qu'elle est définie à l'article 24 ci-dessus.

Elle procède à l'examen du dossier du requérant et se livre à toutes enquêtes nécessaires et demande tous éclaircissements qu'elle juge utiles.

Art. 30. — Lorsque la caisse retient, pour l'attribution de l'allocation aux vieux travailleurs, une période de travail postérieure à la date d'assujettissement obligatoire aux assurances sociales agricoles, elle doit exercer, contre le ou les employeurs successifs, responsables du non-paiement des cotisations et contributions, le recours prévu à l'article 61 bis de la loi n° 52-1403 du 30 décembre 1952.

Art. 31. — La caisse notifie une décision de rejet aux requérants qui ne remplissent pas les conditions requises pour avoir droit à un avantage de vieillesse.

La notification doit mentionner les voies de recours ouvertes au requérant qui contesterait la décision de la caisse, ainsi que le délai dont il dispose pour exercer le recours.

Art. 32. — Les arrérages sont servis trimestriellement et à terme échu aux bénéficiaires, auxquels la caisse remet un titre d'allocataire ou de pensionné, comportant une photographie d'identité de l'intéressé et mentionnant notamment le lieu et l'époque du paiement des arrérages.

Art. 33. — Le premier paiement comportant les arrérages dus depuis l'entrée en jouissance, est effectué à l'échéance trimestrielle normale immédiatement postérieure à la date de la décision de la caisse.

Art. 34. — La date d'entrée en vigueur du présent décret, est fixée au 1^{er} avril 1971, conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 susvisée.

Art. 35. — Toutes dispositions contraires à celles du présent décret, sont abrogées.

Art. 36. — Le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire et le ministre du travail et des affaires sociales sont chargés de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 avril 1971.

Houari BOUMEDIENE

Décret n° 71-75 du 5 avril 1971 relatif au fonds social des caisses de sécurité sociale agricole.

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, modifiée, 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 l'ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 relative à l'organisation d'un nouveau régime d'assurances sociales agricoles ;

Vu le décret n° 69-26 du 25 mars 1969 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'agriculture et de la réforme agraire ;

Décète :

Article 1^{er}. — Les dispositions de l'ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 relative à l'organisation d'un nouveau régime d'assurances sociales agricoles, sont, en ce qui concerne le fonds social des caisses de sécurité sociale agricole, applicables selon les modalités ci-après.

TITRE I

FONDS SOCIAL - CAISSES REGIONALES ET CENTRALE DE SECURITE SOCIALE AGRICOLE

Art. 2. — Il est créé au sein de chaque caisse de sécurité sociale agricole, un fonds social qui a pour objet l'attribution de prestations supplémentaires, aussi bien aux assurés sociaux et à leurs familles, qu'aux titulaires d'une pension d'assurance-vieillesse qui n'effectuent aucun travail rémunéré.

Chapitre I

Fonds social des caisses régionales de sécurité sociale agricole

Art. 3. — Le montant des prestations supplémentaires prévues aux alinéas b) à e) de l'article 4 ci-dessous, ne peut avoir pour effet d'accorder à un assuré social, compte tenu des prestations dont il bénéficie à des titres divers, un remboursement total supérieur à 80 % de la somme globale déboursée.

Art. 4. — Les prestations supplémentaires sont attribuées dans les conditions suivantes :

a) sans limitation.

Prise en charge totale de la quote-part incombant aux assurés sociaux (20 %) du coût des soins dispensés aux assurés et à leurs ayants droit dans les centres de médecine collective et les consultations externes des établissements hospitaliers.

b) dans la limite du quart des ressources du fonds social.

Prise en charge de la quote-part incombant aux assurés sociaux cotisants qui, par suite d'insuffisance de l'équipement médical et hospitalier en Algérie, sont dans l'obligation de se faire soigner à l'étranger ou d'y faire soigner un ayant droit, durant une période n'excédant pas trois ans.

c) dans la limite du quart des ressources du fonds social.

Attribution de prestations supplémentaires aux assurés sociaux et à leurs ayants droit présentant un dossier maladie où figurent des dépenses d'un montant supérieur à 250 DA par personne.

d) dans la limite du quart des ressources du fonds social.

Attribution de prestations de l'assurance maladie aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans le cas où l'assuré social qui se trouve dans une situation présentant un réel intérêt n'a pu, par suite de circonstances absolument indépendantes de sa volonté, effectuer 18 jours ou 120 heures de travail au cours des trois mois précédant la date des soins dont le remboursement est demandé.

Ces prestations ne sont pas attribuées aux malades bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite.

e) dans la limite du huitième des ressources du fonds social.

Attribution de prestations en nature de l'assurance-maladie aux ascendants (à l'exclusion des collatéraux) entièrement à la charge des assurés, aux enfants infirmes quel que soit leur âge, entièrement à la charge des assurés.

Ces prestations ne sont pas attribuées aux bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite.

f) dans la limite du huitième des ressources du fonds social.

Attribution à titre exceptionnel d'un secours dans la limite du montant maximum de 500 DA, à tout assuré social présentant une situation digne d'intérêt et qui n'aura pu percevoir les prestations des assurances maladie, maternité, invalidité ou décès auxquelles il prétendait, ni bénéficier des dispositions des alinéas b), c) et e) ci-dessus.

Le secours dont il s'agit ne saurait toutefois être accordé, sauf en cas de négligence certaine du praticien, aux assurés qui auraient omis d'accomplir dans les délais impartis, toutes les formalités de l'assurance-maternité.

Chapitre II

Fonds social de la caisse centrale de sécurité sociale agricole

Art. 5. — Dans la limite de la moitié des ressources du fonds social de la caisse centrale, il peut être attribué un secours exceptionnel dont le montant maximum ne peut dépasser le montant de l'allocation aux vieux travailleurs de l'agriculture, aux assurés sociaux et à leurs ayants droit qui ont demandé à bénéficier d'une prestation de l'assurance-vieillesse mais qui ne remplissent pas l'une des conditions exigées par la réglementation en vigueur.

Art. 6. — Dans la limite de la moitié des ressources de son fonds social, la caisse centrale participe dans des conditions

fixées par arrêté du ministre de l'agriculture et de la réforme agraire, aux frais inhérents au fonctionnement des centres d'action sociale et d'animation rurale.

Cette participation fait l'objet d'une délibération du conseil d'administration.

TITRE II

DISPOSITIONS COMMUNES

Art. 7. — Aucune prestation, autre que celles énumérées aux articles 4, 5 et 6 ci-dessus, ne peut donner lieu à remboursement, au titre du fonds social, par les caisses de sécurité sociale agricole.

Art. 8. — L'attribution des prestations supplémentaires prévues aux alinéas b) à f) de l'article 4 ci-dessus et à l'article 5 ci-dessus, est décidée, dans chaque cas d'espèce, et après enquête sociale s'il y a lieu, par le conseil d'administration de la caisse ou par une commission désignée par lui à cet effet.

La décision d'attribution doit être prise dans le délai d'un mois qui suit le jour du dépôt à la caisse du dossier complet appuyant la demande de secours.

Art. 9. — Les dépenses prévues aux paragraphes b) à f) inclus de l'article 4 ci-dessus et à l'article 5 ci-dessus, ne pourront à aucun moment, dépasser les recettes affectées.

Les excédents du fonds social font l'objet d'un report annuel.

TITRE III

FINANCEMENT DU FONDS SOCIAL

Art. 10. — Les dépenses du fonds social prévues à l'article 4 ci-dessus sont couvertes au moyen des ressources suivantes :

1° Dépenses de soins dans les centres de médecine collective et les établissements hospitaliers, prévues au paragraphe a) :

Par prélèvement sur les cotisations comme en matière de prestations légales.

2° Dépenses prévues aux paragraphes b) à f) inclus :

— Les revenus nets des fonds placés ;

— Le produit des majorations de retard prévues à l'article 3 de 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 ;

— Un pourcentage compris entre 10 % et 50 % des excédents de l'année précédant l'exercice en cours, sans pouvoir dépasser 10 % du montant des prestations légales réglées au cours de l'exercice écoulé. Ce pourcentage est affecté au fonds social par décision de l'assemblée générale de la caisse.

Art. 11. — Les dépenses du fonds social de la caisse centrale prévues aux articles 5 et 6 ci-dessus, sont couvertes au moyen des ressources suivantes :

— les revenus nets des fonds placés ;

— un pourcentage compris entre 10 % et 50 % des excédents de l'année précédant l'exercice en cours, sans pouvoir dépasser 10 % du montant des prestations légales réglées au cours de l'exercice écoulé. Ce pourcentage est affecté au fonds social par décision de l'assemblée générale de la caisse centrale.

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 12. — La date d'entrée en vigueur du présent décret est fixée au 1^{er} avril 1971, conformément aux dispositions de l'article 56 de l'ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971, susvisée.

Art. 13. — Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont abrogées.

Art. 14. — Le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire et le ministre du travail et des affaires sociales sont chargés de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 avril 1971.

Houari BOUMEDIENE.

Décret n° 71-76 du 5 avril 1971 relatif au financement des charges des assurances sociales agricoles.

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, modifiée, 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 l'ordonnance n° 71-14 du 5 avril 1971 relative à l'organisation d'un nouveau régime d'assurances sociales agricoles ;

Vu le décret n° 64-331 du 30 novembre 1964 relatif au financement des charges des assurances sociales agricoles ;

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 ;

Décète :

Article 1^{er}. — La couverture des charges des assurances sociales agricoles est assurée :

1) par une cotisation égale à 6 % de la rémunération versée lors de chaque paie ou règlement d'avance dont :

a) 4 % à la charge :

- des exploitations autogérées agricoles, des coopératives agricoles de production des anciens moudjahidine et d'une manière générale, des employeurs exerçant les professions agricoles et forestières régies par les dispositions concernant les accidents du travail agricole ;
- des artisans ruraux ;
- des entreprises de battage et de travaux agricoles ;
- des organismes d'assurances sociales agricoles et d'allocations familiales agricoles ;
- des coopératives agricoles ;
- des organismes et offices placés sous la tutelle du ministère de l'agriculture et de la réforme agraire ;
- de tous groupements professionnels agricoles régulièrement constitués.

b) 2 % à la charge de tous les travailleurs et employés exerçant une activité, de quelque durée que ce soit, au sein des exploitations agricoles et forestières, entreprises, institutions et groupements professionnels agricoles visés à l'alinéa précédent.

2) par une cotisation complémentaire sur la rémunération versée lors de chaque paie ou règlement d'avance, applicable

à tous les travailleurs et employés des professions agricoles précitées et dont les modalités de fixation seront précisées par un arrêté du ministre de l'agriculture et de la réforme agraire.

Art. 2. — Sont prises en considération pour le calcul des cotisations, toutes les sommes versées à titre de rémunérations principales, indemnités accessoires et avantages en nature.

Art. 3. — Les indemnités de congés payés donnent lieu à paiement de cotisations. Il en est de même des indemnités compensatrices de congés payés qui s'ajoutent au salaire ou avance dans la limite du plafond trimestriel imposable.

Art. 4. — Le montant des rémunérations à prendre en considération pour base de calcul de la cotisation en application de l'article 1^{er} qui précède, ne peut en aucun cas, être inférieur au salaire minimum agricole garanti en vigueur et en ce qui concerne les travailleurs du secteur socialiste, au montant des avances fixées par l'arrêté du 9 juillet 1964.

Pour le calcul du salaire ou avance soumis à cotisations d'assurances sociales, toutes indemnités, primes, majorations accordées pour heures supplémentaires, sujétion ou qualification particulière, s'ajoutent aux salaires ou avances de base définis ci-dessus, à l'exception des allocations à caractère familial.

Art. 5. — Les cotisations de l'assuré sont précomptées sur chaque rémunération ou avance perçue. Le bénéficiaire ne peut s'opposer au prélèvement de cette cotisation. Le versement de la rémunération ou de l'avance effectuée sous déduction de la retenue de la cotisation, vaut acquit de cette cotisation à l'égard de l'assuré.

Les cotisations des assujettis énumérés à l'article 1^{er} ci-dessus, restent exclusivement à la charge de ceux-ci. Toute convention contraire est nulle de plein droit.

Art. 6. — L'apprenti, lié par contrat d'apprentissage, qui ne perçoit aucune rémunération en argent, mais reçoit seulement le bénéfice d'une formation professionnelle à la charge de l'entreprise, n'est pas passible de la cotisation.

Dans ce cas, les cotisations de l'entreprise ou de l'exploitation, sont fixées à 4 % du salaire minimum garanti en vigueur.

Art. 7. — Les cotisations indiquées aux alinéas a et b du paragraphe I de l'article 1^{er} ci-dessus, sont calculées séparément et globalement lors de chaque paie ou versement d'avance dans les limites des plafonds fixés à l'article 14 ci-après. Elles sont arrondies chacune au centime inférieur.

Art. 8. — Les cotisations indiquées au paragraphe 2 de l'article 1^{er} ci-dessus, sont calculées séparément et globalement lors de chaque paie ou versement d'avance dans la limite du plafond fixé audit paragraphe. Elles sont arrondies chacune au centime inférieur.

Art. 9. — a) Pour le travailleur rémunéré aux pièces, au rendement ou à la tâche, les cotisations prévues aux alinéas a) et b) du paragraphe I de l'article 1^{er} ci-dessus, sont remplacées par une cotisation égale à 3 % de la rémunération versée lors de chaque paie, à la charge pour moitié de l'employeur et pour moitié du salarié.

Si le travailleur rémunéré aux pièces, à la tâche ou au rendement, est lui-même assuré obligatoirement vis-à-vis du ou des donneurs d'ouvrage pour le compte desquels il travaille, il n'est point tenu au versement des cotisations patronales afférentes à l'emploi des ouvriers qui travaillent avec lui, pour ledit donneur d'ouvrage.

Ces cotisations sont à la charge des donneurs d'ouvrages et calculées d'après les déclarations de rémunérations fournies à ces derniers.

Le donneur d'ouvrage pour le compte duquel des travaux sont effectués, est, dans les conditions prévues par l'article 30 c du livre 1^{er} du code du travail, responsable des obligations mises à la charge du sous-entrepreneur qui fait exécuter les travaux, lorsque ce sous-entrepreneur n'est pas lui-même chef d'établissement.

b) Pour les associés agricoles à part de fruits, les cotisations prévues aux alinéas a) et b) du paragraphe I de l'article 1^{er} ci-dessus, sont remplacées par une cotisation égale à 3 % de la rémunération correspondant au nombre de journées de

travail fournies pour l'exploitation de la ou des propriétés, cotisation partagée par moitié entre propriétaire du fonds et l'associé agricole à part de fruits.

Le propriétaire précompte les cotisations sur la part de l'associé dans la répartition des produits lors de la liquidation annuelle du compte.

Les contributions afférentes aux associés à part de fruits ne sont dues qu'à concurrence du nombre de journées de travail que l'associé à part de fruits doit fournir pour l'exploitation de la ou des propriétés prises en association à part de fruits.

Ce nombre est fixé par application d'un barème tenant compte de la nature des cultures, des superficies cultivées et des usages locaux, établis par le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire.

Art. 10. — Dans les quinze premiers jours de chaque trimestre, toute entreprise, exploitation ou institution prévue à l'alinéa a) paragraphe I de l'article 1^{er} ci-dessus, fait connaître à la caisse d'assurances sociales agricoles dont elle relève, et pour chacun des intéressés, les renseignements permettant le calcul du montant des cotisations du trimestre écoulé.

Il est utilisé à cet effet :

— soit les bordereaux fournis par la caisse et sur lesquels il est indiqué :

- 1° le numéro d'immatriculation de chaque assuré,
 - 2° ses nom et prénoms,
 - 3° la durée du travail exprimée en jours ou en heures effectuée par l'intéressé au cours du trimestre,
 - 4° la partie de la rémunération ne dépassant pas les plafonds indiqués à l'article 14 ci-après, sur laquelle ont été calculées, dans les entreprises et exploitations agricoles, les cotisations prévues à l'article 9, alinéa a) ci-dessus,
 - 5° les observations qu'il y aurait lieu de mentionner,
- soit tous autres documents dont la liste sera fixée par la caisse centrale, pouvant contenir les renseignements qui précèdent.

En ce qui concerne les associés à part de fruits et par dérogation aux dispositions du présent article, le propriétaire doit faire la déclaration précitée et payer ses contributions aux époques qui seront fixées par le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire.

Art. 11. — Les cotisations font l'objet d'un versement unique à la caisse, dans les mêmes délais que la déclaration visée à l'article précédent.

En cas de cessation d'activité ou de cession des entreprises et institutions énumérées au paragraphe a) de l'article 1^{er} ci-dessus, le paiement des cotisations dues, est immédiatement exigible.

Le versement des cotisations qui n'est pas effectué dans le délai ou à l'époque ci-dessus, est passible d'une majoration de 0,5 pour mille par jour de retard, payable en même temps que le principal.

En ce qui concerne les collectivités publiques, leurs établissements ou leurs régies, ainsi que les établissements hospitaliers, le délai prévu au 1^{er} alinéa ci-dessus, est augmenté de un ou de deux mois, selon la situation financière des collectivités débitrices.

Ces collectivités ou organismes substitués verseront aux caisses intéressées, dans les 15 premiers jours de l'exercice financier, à titre d'avance remboursable avant la fin de la même période budgétaire, une somme forfaitaire égale à 1,50 % du montant total des sommes ayant servi de base au calcul de leurs cotisations pendant l'avant-dernier trimestre de l'année précédente.

Art. 12. — Les cotisations d'assurances sociales agricoles peuvent être versées :

- a) par mandat de versement au compte courant postal,
- b) par virement postal,
- c) par chèque bancaire,
- d) par numéraire.

Les frais de versement sont à la charge de l'assujéti.

Tout titre de versement doit être libellé à l'ordre de la caisse d'assurances sociales agricoles, à l'exclusion du nom d'un employé de la caisse quel qu'il soit.

Art. 13. — L'employeur, l'entreprise ou l'exploitation et toute institution prévue à l'alinéa a) paragraphe I de l'article 1^{er} ci-dessus ainsi que le propriétaire du fonds, débiteurs de la cotisation, sont responsables du paiement de celle-ci.

Art. 14. — Lors de chaque paie ou versement d'avances, pour ou à l'occasion du travail, le montant de la somme prise en compte pour le calcul des cotisations, est déterminé comme suit, selon l'intervalle et la périodicité des payes ou versements d'avances :

- 2.400,00 DA dans le cas d'un règlement par trimestre ;
- 800,00 DA dans le cas d'un règlement par mois ;
- 400,00 DA dans le cas d'un règlement par quinzaine ;
- 368,00 DA dans le cas d'un règlement toutes les deux semaines ;
- 265,00 DA dans le cas d'un règlement par décade ;
- 184,00 DA dans le cas d'un règlement par semaine ;
- 36,80 DA dans le cas d'un règlement par jour ;
- 18,40 DA dans le cas d'un règlement par demi-journée de travail ne dépassant pas cinq heures ;
- 4,60 DA dans le cas d'un règlement par heure pour une durée de travail inférieure à cinq heures.

Lorsque la rémunération est réglée ou l'avance versée à des intervalles autres que ceux visés ci-dessus, le calcul des cotisations s'effectue dans la limite de la somme obtenue en application du paragraphe I du présent article, en décomposant la période à laquelle s'applique le règlement de la rémunération ou le versement de l'avance en mois, quinzaine, semaine et jours ouvrables.

Art. 15. — Les éléments de rémunération versés occasionnellement à des intervalles irréguliers, ou à des intervalles différents de la périodicité des payes ou avances sont, pour le calcul des cotisations, lorsqu'ils sont versés en même temps qu'une paie, ajoutés à celle-ci, et, lorsqu'ils sont versés dans l'intervalle de deux payes, ajoutés à la paie suivante, sans qu'il soit tenu compte de la période de travail à laquelle ils se rapportent.

Art. 16. — Pour les assurés qui travaillent régulièrement et simultanément pour plusieurs employeurs, la part incombant à chacun des employeurs dans le montant des cotisations, est déterminée au prorata des rémunérations perçues dans la limite des maxima prévus à l'article 14 ci-dessus.

Art. 17. — Il est procédé à l'expiration de chaque trimestre civil, à une régularisation, pour tenir compte de l'ensemble des rémunérations perçues au cours de ladite période. A cette fin, il est fait masse des rémunérations perçues depuis le premier jour du trimestre et la cotisation d'assurances sociales agricoles est calculée sur cette masse, dans la limite du chiffre maximum à prendre en considération pour un trimestre, conformément à l'article 14 ci-dessus. La différence entre le montant des cotisations dues pour l'ensemble des rémunérations réglées au cours du trimestre et le montant des cotisations effectivement versées au titre de cette même période, fait l'objet d'un règlement de régularisation.

La cotisation correspondant à la régularisation, est versée en même temps que la cotisation afférente à la dernière paie ou avance du trimestre.

En cas d'embauche, de licenciement ou de départ volontaire de l'assuré au cours d'un trimestre, la régularisation s'effectue à l'occasion de la dernière paie, en substituant au plafond trimestriel, un plafond réduit déterminé dans les conditions prévues à l'article 15 ci-dessus, pour tenir compte de la réduction de la période d'emploi à l'intérieur du trimestre.

La différence entre le montant des cotisations dues pour l'ensemble des rémunérations payées au cours d'une année civile, dans la limite du maximum annuel résultant de l'article 14 ci-dessus, et le montant des cotisations effectivement versées au cours de cette même année civile, fait l'objet d'un versement de régularisation effectué dans les quinze premiers jours de l'année civile suivante. En cas de cessation de travail ou de changement d'employeur en cours d'année, la régularisation s'effectue lors du versement des cotisations afférentes à la dernière paie.

Art. 18. — Les personnes visées à l'article 16, sont tenues de faire connaître à chacun de leurs employeurs, à la fin de chaque trimestre, le total de la rémunération qu'elles ont reçue au cours de ce trimestre. Elles utilisent à cet effet, une déclaration du modèle approuvé par le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire.

En l'absence des déclarations prévues au paragraphe précédent, chaque employeur calcule les cotisations sur la base de la rémunération totale, compte tenu des dispositions de l'article précédent. Toute partie intéressée peut provoquer le remboursement des cotisations versées en trop.

Art. 19. — En cas de désaccord entre l'assuré et ses employeurs, la caisse d'assurances sociales agricoles fixe, pour chaque employeur, la fraction de la rémunération sur laquelle doivent être calculées les cotisations d'assurances sociales.

Art. 20. — Les cotisations versées indûment pour une personne non soumise à la législation des assurances sociales agricoles, ne peuvent être remboursées si l'intéressé a été immatriculé sur sa demande, ou s'il a bénéficié des prestations.

La demande de remboursement n'est recevable que si elle est formulée avant l'expiration d'un délai d'un an, à compter de la date du versement effectué à tort.

Art. 21. — Lorsqu'un employeur, une entreprise, une exploitation ou une institution assujettis aux assurances sociales agricoles, ne fournissent pas les justifications permettant d'établir le chiffre exact des cotisations dues ou lorsqu'ils n'ont pas effectué la déclaration de leurs salariés ou bénéficiaires d'assurances sociales agricoles dans les délais prescrits à l'article 10 ci-dessus, le montant des cotisation est fixé forfaitairement dans les conditions ci-après :

Ce forfait est établi soit en fonction des versements effectués au titre des trimestres antérieurs, soit en fonction de tous autres éléments, et notamment des règlements en vigueur, ou à défaut, des salaires pratiqués dans la région considérée. La durée de l'emploi est déterminée d'après les déclarations des intéressés ou à raison de la durée moyenne d'emploi de la main-d'œuvre de la région : les éléments nécessaires à l'établissement de ces forfaits, seront fixés par le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire.

L'application du forfait est effectué par la caisse régionale, soit de sa propre initiative, soit à la demande de l'inspecteur ou du contrôleur de la sécurité sociale agricole et des affaires rurales.

Cette évaluation forfaitaire devra être notifiée à l'assujetti par une mise en demeure adressée par lettre recommandée, dans les conditions de l'article 14, alinéa 3 de la loi n° 52-1403 du 30 décembre 1952 susvisé.

Art. 22. — Les organismes d'assurances sociales agricoles, sont tenus de poursuivre auprès de l'assujetti, le remboursement des prestations servies par eux, aux personnes bénéficiaires des dispositions applicables en matière d'assurances sociales agricoles, lorsque les cotisations, dont le paiement était échu antérieurement à la date de réalisation du risque ou du règlement des prestations, ont été acquittées postérieurement à cette date. Toutefois, ce remboursement ne pourra être exigé, que dans la mesure où le montant des prestations payées ou dues, excéderait celui des cotisations et majorations de retard, acquittées au titre du bénéficiaire desdites prestations.

Art. 23. — Les caisses d'assurances sociales agricoles portent au compte de tout employeur, entreprise, exploitation ou institution assujettis, les versements effectués en application de l'article 11 du présent décret.

Art. 24. — Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont abrogées.

Art. 25. — Le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire, le ministre de la justice, garde des sceaux, le ministre de l'intérieur, le ministre des finances et le ministre du travail et des affaires sociales, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire et qui prend effet à compter du 1^{er} avril 1971.

Fait à Alger, le 5 avril 1971.

Houari BOUMEDIENE.

Décret n° 71-77 du 5 avril 1971 portant organisation d'un régime de prestations familiales en agriculture.

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 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° 67-256 du 16 novembre 1967 portant statut général de la coopération ;

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

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 le décret n° 69-120 du 18 août 1969 portant statut des coopératives agricoles de production des anciens moudjahidine ;

Vu le décret n° 71-4 du 6 janvier 1971 portant répartition des crédits ouverts au titre du budget de fonctionnement par l'ordonnance n° 70-93 du 31 décembre 1970 portant loi de finances pour 1971 au ministre de l'agriculture et de la réforme agraire ;

Décète :

Article 1^{er}. — Le régime de prestations familiales institué par l'article 12 de l'ordonnance n° 68-653 du 30 décembre 1968 susvisée, est applicable aux travailleurs assurés sociaux des exploitations autogérées agricoles et coopératives de production des anciens moudjahidine dans les conditions ci-après.

TITRE I

ALLOCATAIRES

Art. 2. — Sont réputés allocataires au titre du présent décret, les travailleurs chefs de famille des exploitations et coopératives visées à l'article 1^{er} ci-dessus, exerçant une activité professionnelle rémunérée.

Art. 3. — Sont en outre, réputés allocataires bien que n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée :

- la veuve dont le conjoint percevait à la date de son décès, les prestations du présent régime ;
- l'assurée sociale agricole en cas de maternité ;
- l'assuré social agricole malade ;
- l'assuré social agricole invalide ;
- l'assuré social agricole accidenté du travail ;
- l'assuré social agricole titulaire d'une pension de vieillesse qui percevait déjà, au moment de sa mise à la retraite, les prestations du présent régime ;
- l'assuré social agricole détenu.

TITRE II

BENEFICIAIRES

Art. 4. — Sont considérés comme bénéficiaires au titre du présent décret, les enfants à charge n'ayant pas atteint l'âge de quatorze ans révolus.

Art. 5. — Sont également considérés comme bénéficiaires au titre du présent décret :

- les enfants à charge âgés de 14 à 18 ans pour lesquels il aura été passé un contrat écrit d'apprentissage ;
- les enfants à charge âgés de 14 à 21 ans qui fréquentent régulièrement un établissement d'instruction de l'enseignement primaire, secondaire, supérieur, technique ou professionnel ;
- les enfants à charge âgés de 14 à 21 ans qui sont incapables de travailler par suite d'infirmités ou de maladies chroniques ;
- les filles à charge âgées de 14 à 21 ans qui remplacent auprès d'un frère ou d'une sœur, la mère de famille décédée.

TITRE III

PRESTATIONS

Art. 6. — Les prestations familiales sont dues dans la limite de quatre enfants par famille pour ceux remplissant les conditions définies aux articles 4 et 5 ci-dessus.

Art. 7. — Le taux mensuel des prestations familiales est fixé à 15 DA par enfant.

L'allocataire qui, aux termes de la réglementation en vigueur, possède la qualité de membre du collectif des travailleurs d'une exploitation autogérée agricole, ou celle de coopérateur, membre de l'assemblée générale d'une coopérative agricole de production des anciens moudjahidine, perçoit l'intégralité des prestations durant les douze mois de l'année civile.

L'allocataire qui ne rentre dans aucune des deux catégories visées à l'alinéa précédent, perçoit autant d'allocations journalières à 0,75 DA, qu'il justifie de journées de travail au cours de la période considérée, sans percevoir plus de 15 DA par enfant.

Art. 8. — Les prestations familiales doivent être versées aux ayants droit au moins une fois par trimestre, dans les trente jours suivant l'expiration de la période à laquelle elles s'appliquent.

TITRE IV

FINANCEMENT

Art. 9. — Le financement du régime de prestations familiales en agriculture est assuré par :

- une cotisation, à la charge exclusive de l'employeur, égale à 7,5 % des avances et salaires versés ;
- une subvention d'équilibre de l'Etat.

TITRE V

ORGANISME COMPETENT

Art. 10. — Le régime organisé par le présent décret est

géré par un organisme de sécurité sociale agricole désigné par le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire.

TITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 11. — La mise en vigueur du présent régime ne peut être la cause d'une réduction des avantages acquis antérieurement à son application.

Art. 12. — L'action de l'allocataire pour le paiement des prestations se prescrit par deux ans.

Art. 13. — Les prestations familiales sont incessibles et insaisissables sauf pour le paiement des dettes alimentaires.

Art. 14. — L'introduction en agriculture des prestations familiales obligatoires ne pourra en aucun cas, être une cause déterminante de la réduction de l'ayance ou du salaire.

Toute clause contraire est nulle et de nul effet.

Art. 15. — Le présent décret prend effet à compter du 1^{er} avril 1971.

Art. 16. — Des arrêtés du ministre de l'agriculture et de la réforme agraire détermineront, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent décret.

Art. 17. — Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont abrogées.

Art. 18. — Le ministre de l'agriculture et de la réforme agraire et le ministre du travail et des affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 avril 1971,

Houari BOUMEDIENE.

AVIS ET COMMUNICATIONS

MARCHES. — Appels d'offres

MINISTERE DE LA DEFENSE NATIONALE

COMMANDEMENT DE LA GENDARMERIE NATIONALE

Centre administratif et financier — Service du matériel

Un appel d'offres ouvert est lancé pour la fourniture de matériel d'imprimerie :

- 1 composeuse semi-automatique,
- 1 machine à deux stations de cartes magnétiques, plus un lot de fournitures.

Le montant de ce marché serait de 110.000 DA au maximum.

Les candidats peuvent retirer le cahier des charges spéciales à la gendarmerie nationale, service du matériel, 11 Bd Haddad Abderrazak, Alger.

Les soumissions doivent être adressées sous double enveloppe et pli cacheté, à l'adresse du ministère de la défense nationale, direction des services financiers, les Tagarins, Alger, avant le 26 avril 1971 à 18 heures.

MINISTERE DE L'INTERIEUR

PROGRAMME SPECIAL

Construction d'un abattoir à Sétif

I. — Objet du marché.

Les travaux comprennent principalement :

- l'étude y compris celle des sols,
- le génie civil avec fondations,

- l'équipement mécanique, frigorifique, électrique et divers
- les V.R.D..

II. — Lieu de consultation du dossier.

Le dossier de soumission pourra être consulté ou obtenu, contre paiement de frais de constitution, au bureau de l'équipement de la wilaya de Sétif.

III. — Présentation, lieu et date de réception des offres.

Les offres seront remises sous enveloppe cachetée dans les formes prescrites par la note jointe au dossier. Les plis seront adressés en recommandé au wali de Sétif et devront parvenir avant le samedi 24 avril 1971, à 12 h.

Les candidats resteront engagés trois mois par leurs offres.

Mise en valeur de 2.000 ha dans la basse-Soummam

Exécution de 7 forages par procédé Benoto ou par battage dans la basse-Soummam

I. — Objet du marché.

Les travaux comprennent principalement :

- L'exécution au battage et à la curette ou procédé Benoto sans injection de 7 forages d'exploitation à une profondeur n'excédant pas 55 m, avec avant puits et colonne de soutènement cimentée au terrain d'une hauteur de 5 m environ, d'un diamètre pour permettre la poursuite du forage en ϕ 22.

II. — Lieu de consultation du dossier.

Le dossier de soumission pourra être consulté ou obtenu, contre paiement de frais de constitution, au bureau de l'équipement de la wilaya de Sétif.

III. — Présentation, lieu et date de réception des offres.

Les offres seront remises sous enveloppe cachetée dans les formes prescrites par la note jointe au dossier. Les plis seront adressés en recommandé au wali de Sétif et devront parvenir, le mercredi 28 avril 1971, avant 18 heures.

Les candidats resteront engagés trois mois par leurs offres.

MINISTERE DES TRAVAUX PUBLICS ET DE LA CONSTRUCTION

DIRECTION DES TRAVAUX PUBLICS ET DE LA CONSTRUCTION DE LA WILAYA D'ORAN

Budget d'équipement

Chapitre : 11-34

PORT D'ARZEW

Sondages de reconnaissance

Les offres devront parvenir au chef de service technique routes, ports, construction - hôtel des ponts et chaussées, (5ème étage), Bd Mimouni Lahcene - Oran, avant le 29 avril 1971 à 12 heures, au lieu du 15 avril 1971, comme prévu initialement au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire, n° 24 du 23 mars 1971.

DIRECTION DES TRAVAUX PUBLICS DE L'HYDRAULIQUE ET DE LA CONSTRUCTION DE LA WILAYA DE MEDEA

Un appel d'offres est lancé en vue de l'exécution de la fourniture de 885 tonnes au maximum et de 400 tonnes au minimum, d'émulsion de bitume nécessaire à l'entretien des chemins de la wilaya de Médéa.

Les candidats peuvent consulter le dossier à l'adresse suivante : direction des travaux publics et de la construction de la wilaya, cité Khatiri Bensouna - Médéa.

Les offres devront parvenir avant le 17 avril 1971 à 12 heures au directeur des travaux publics et de la construction, cité Khatiri Bensouna - bureau des marchés - Médéa, étant précisé que seule la date de réception et non celle de dépôt à la poste, sera prise en considération.

Les entrepreneurs resteront engagés par leurs offres pendant 90 jours.

Un appel d'offres est lancé en vue de l'exécution de la fourniture de 785 tonnes au maximum et de 350 tonnes au minimum d'émulsion de bitume nécessaire à l'entretien des routes nationales de la wilaya de Médéa.

Les candidats peuvent consulter le dossier à l'adresse suivante : direction des travaux publics et de la construction de la wilaya, cité Khatiri Bensouna - Médéa.

Les offres devront parvenir avant le 17 avril 1971 à 12 heures au directeur des travaux publics et de la construction, cité Khatiri Bensouna - bureau des marchés - Médéa, étant précisé que seule la date de réception et non celle de dépôt à la poste, sera prise en considération.

Les entrepreneurs resteront engagés par leurs offres pendant 90 jours.

DIRECTION DES TRAVAUX PUBLICS ET DE LA CONSTRUCTION DE LA WILAYA DES OASIS

Rectificatif

Objet de l'appel d'offres : Publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire, n° 25 du 26 mars 1971 :

Construction d'un dispensaire à El Hadjira.

Estimation approximative :

Quatre cent mille dinars (400.000 DA), au lieu de cinq cent mille dinars (500.000 DA).

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT ORIGINEL ET DES AFFAIRES RELIGIEUSES

DIRECTION DES AFFAIRES RELIGIEUSES

Sous-direction des biens Waqf

Un appel d'offres est lancé pour l'opération suivante :

« Construction d'un institut d'enseignement originel à Tiaret. »

Lot unique T.C.E. compris.

Consultation et retrait des dossiers :

Les dossiers peuvent être consultés et retirés auprès du cabinet Bouchama, architecte, 1, rue Saïdaoui Mohamed Seghir à Alger, tél. 62.09.69 contre paiement des frais de reproduction.

Dépôt des offres :

Les offres accompagnées du dossier technique complet et des pièces administratives et fiscales requises, devront être déposées ou parvenir au ministère de l'enseignement originel et des affaires religieuses - sous-direction des biens waqf, 4, rue Tingad - Hydra - Alger, avant le 27 avril 1971 à 18 heures, terme de rigueur.

Ouverture des plis :

L'ouverture des plis, le 28 avril 1981.

MINISTERE DU TOURISME

OFFICE NATIONAL ALGERIEN DU TOURISME

Direction de l'équipement

Un avis d'appel d'offres est lancé pour la remise en état du réseau d'assainissement et de la promenade du bord de mer de Moretti.

Les entreprises intéressées par cet avis, peuvent consulter ou retirer le dossier à la direction de l'équipement de l'office national algérien du tourisme, ONAT, 25/27, rue Khélifa Boukhalfa (Alger).

Les offres devront parvenir sous double enveloppe cachetée dont l'une portant la mention « soumission » bien apparente avant le 30 avril 1971 à 18 heures, dernier délai au président de la commission d'ouverture des plis, ministère du tourisme, 42, rue Khélifa (Alger).

Toute soumission reçue après ce délai ne pourra être prise en considération.

Il est précisé que ce délai est celui de la réception des plis.

SECRETARIAT D'ETAT A L'HYDRAULIQUE

DIRECTION DES PROJETS ET DES REALISATIONS HYDRAULIQUES

Division des études générales

Un avis d'appel d'offres ouvert est lancé pour les travaux de reconnaissance géologiques sur le site de barrage d'Ain Smara (wilaya de Constantine).

Les candidats peuvent retirer les dossiers d'appel d'offres à la direction des projets et des réalisations hydrauliques, Oasis, Saint Charles, Birmandreis, Alger.

Les offres nécessairement accompagnées des pièces réglementaires, devront parvenir au directeur des projets et des réalisations hydrauliques, Oasis, Saint Charles, Birmandreis, avant le 6 mai 1971 à 11 heures, délai de rigueur.

Les candidats resteront engagés par leurs offres pendant 3 (trois) mois.