



UNIVERSITÉ MOULOUD MAMMERRI DE TIZI OUZOU
FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, COMMERCIALES
ET DES SCIENCES DE GESTION



MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de Master en sciences
économiques

Option : Economie de la santé

Sujet

**Le produit mutuel collectif : cas d'Assurance Amana
de Tizi-Ouzou**

Présenté par :

❖ DICHE Anis
❖ IBRAHIM Loucif

Encadré par :

Mr. ACHIR Mohamed

Devant le jury composé de :

- Président : Mr ABIDI Mohamed MCB, UMMTO
- Examineur: Mr GHEDDACHE Lyes MCA, UMMTO
- Rapporteur : Mr ACHIR Mohamed MCB, UMMTO

Année universitaire : 2021 / 2022

Remerciements

*Tout d'abord nous tenons à remercier fortement et avant tout le bon **DIEU** de nous avoir donné le courage et la bonne volonté de mener à terme ce travail.*

*Nos chaleureux remerciements vont à **Mr SALMI Madjid** et **Mme SALMI Samya**.*

*Nous tenons à remercier notre promoteur **Mr ACHIR Mohamed**.*

Nous tenons à remercier les membres du jury d'avoir accepté d'examiner notre travail.

*On remercie vivement le personnel de **AMANA ASSURANCE** de **Tizi-Ouzou** pour leurs accueils et leurs générosités.*

Nous voudrions exprimer nos plus profonds remerciements à tous les membres de nous deux familles pour leurs amours, leurs encouragements, et leurs soutiens.

Enfin, nous tenons à remercier tous ceux et celles qui ont pris part, de manière directe et indirecte, à notre travail.

Dédicaces

Je dédie cet humble et modeste travail avec grand amour, sincérité et fierté :

À la mémoire de mon très cher père « Tu as toujours été à mes côtés pour me soutenir et m'encourager. Que ce travail traduit ma gratitude et mon affection. Que dieu t'accueille dans son vaste paradis. »

À ma chère mère « Quoi que je fasse ou que je dise, je ne pourrai pas te remercier comme il se doit. En témoignage, je t'offre ce modeste travail pour te remercier pour les sacrifices et pour l'affection dont tu m'as toujours entourée. »

À mes sœurs ROZA, HASSINA, RACHIDA pour l'amour qu'elles me réservent je leur souhaite une vie pleine de bonheur et de succès.

À mes frères LYES et AHMED qui ont été toujours présents pour moi.

À tous mes profs.

À tous mes ami(e)s.

À tous les membres de ma grande famille, et ceux qui me sont Chers.

Anis

Dédicaces

Je dédie cet humble et modeste travail avec grand amour, sincérité et fierté :

À la mémoire de mon très cher père « Tu as toujours été à mes côtés pour me soutenir et m'encourager. Que ce travail traduit ma gratitude et mon affection. Que dieu t'accueille dans son vaste paradis. »

À ma chère mère « Quoi que je fasse ou que je dise, je ne pourrai pas te remercier comme il se doit. En témoignage, je t'offre ce modeste travail pour te remercier pour les sacrifices et pour l'affection dont tu m'as toujours entourée. »

À mes sœurs FEROUJJA, LEILA, SAFIA, KAMILIA, KAHINA pour l'amour qu'elles me réservent je leur souhaite une vie pleine de bonheur et de succès.

À mon frère ADEL et mon beau-frère MENAD qui ont été toujours présents pour moi.

À ma copine LINDA que j'aime très fort.

À mon oncle KAMEL et sa femme DALILA et leurs filles FIFA, MARIA, ANNA sans oublier **TITA** qui me sont très chers.

À ma tante ZAZI et ses deux filles DEHBIA et FADILA qui me sont très chers.

À mes ami(e)s AZIZ, JUGOU, KIKI, LYAS, BOUTA, TARIK, AHMED, BOUSSAD, JUBA, MAZIS, MAYA, DJOUHOU, KATIA, LAMIA, LIZA, SARAH, YASMINE, LISA, FERIEL.

À tous les membres de ma grande famille, et ceux qui me sont chers.

Loucif

Liste des abréviations

AG : Assemblée générale.

AGA : Agence général Agréé.

AMO : Assurance des maladies obligatoire.

BADR : La banque algérienne de développement rural.

BDL : La banque de développement local.

CA : Conseil d'administration.

CAAT : compagnie Algérienne des Assurances.

CAPAS : Caisse d'assurance et de prévoyance des agents de la société nationale de l'électricité et de gaz.

CASNOS : Caisse des assurances sociale des non-salariés.

CAOBATPH : Caisse nationale des congés payés de travailleurs de bâtiment et hydraulique.

CMA : Caisse mutuelle d'Algérie.

CMCAS : Caisse mutuelle complémentaire de l'assurance sociale.

CNA : Conseil national des assurances.

CNAC : Caisse nationale de l'assurance chômage.

CNAS : Caisse nationale d'assurance sociale des travailleurs salariés.

CNASAT : Caisse nationale des assurances sociale et des accidents de travail.

CNES : Conseil nationale économique et sociale.

CNMA : Caisse nationale de mutualité agricole.

CNMS : Conseil nationale de la mutualité sociale.

CNR : Caisse nationale des retraites.

IAD : Invalidité absolue et définitive.

IPP : Invalidité permanente partielle.

IPT : Invalidité permanentes totale.

MACIF : Mutuelle Assurance des commerçants et industriels de France.

MAATEC : La mutuelle algérienne d'assurance des travailleurs de l'éducation nationale et de la culture.

MIFA : Mutuelle indépendante des fonctionnaires d'Algérie.

MUTEG : La mutuelle générale des travailleurs des industries électriques et gazières.

PTIA : Perte totale et irréversible d'autonomie.

SAA : société nationale d'assurance.

SAPS : société d'assurance, de prévoyance et de santé.

SNMG : Salaire national minimum garanti.

Liste des tableaux

N °	Libellés	pages
1	Cotisation au 1 ^{er} Janvier 2022	32
2	Structure capitalistique	56
3	Les activités d'AMANA	58
4	Réseaux de distribution AMANA Assurance	59
5	Les nombres d'adhérents à la santé collective	62
6	Barème de remboursement	66-67-68-69

Liste des figures

N°	Libellés	pages
1	Système de remboursement	39
2	Organigramme	57

Liste des Annexes

N °	Libellés	pages
1	Demande individuelle d'addition à l'assurance Groupe	79
2	Bulletin des soins	80
3	Documents à fournir	81

Sommaire

Introduction générale

Chapitre 01 : Présentation générale de la mutuelle

Introduction

Section 01 : Les mutuelles d'assurances

Section 02 : Mutuelle sociale en Algérie

Section 03 : Les prestations des mutuelles d'assurances sociales en Algérie

Conclusion

Chapitre 02 : Recouvrement et remboursement de l'assurance santé des mutuelles en Algérie

Introduction

Section 01 : Les mutuelles de santé en Algérie

Section 02 : Système de remboursement

Section 03 Les indemnités journalières assurance maladie

Conclusion

Chapitre 03 : AMANA assurance de Tizi-OuzouIntroduction

Section 01 : présentation de la société d'Assurance de prévoyance et de santé « AMANA »

Section 02 : généralité et différentes catégories de l'assurance santé collective

Section 03 : cas d'un contrat d'assurance groupe

Conclusion

Conclusion générale

Bibliographie Annexes

Table des matières

Introduction générale

La qualité des soins ne s'obtient pas de façon automatique : elle doit être planifiée et identifiée clairement comme une priorité de la couverture santé universelle, de même que l'accès aux soins, l'assurance maladie.

L'assurance maladie joue un rôle central pour les populations. Elle permet avant tout à tout individu malade de faire face à ses dépenses de santé et de pouvoir accéder aux soins. Elle permet ainsi d'améliorer l'état de santé des individus, de réduire les conséquences financières de la maladie sur le budget des ménages, d'améliorer le bien-être des assurés et, bien plus encore, de garantir un système de solidarité entre les individus bien portants et les malades et ainsi de favoriser la cohésion sociale.

D'où l'émergence de l'assurance sociale collective constituant l'organisation de la solidarité entre les gens assurés contre la survenance de même événement. L'ensemble des personnes assurées contre un même risque et qui cotisent mutuellement pour faire face à ses conséquences, constitue une mutualité.

En Algérie, l'organisation des systèmes d'assurance santé et notamment le partage public/privé du financement des soins. Le système de protection sociale algérien concerne une part croissante et non négligeable de la population tant à travers son système contributif que son système non contributif.

Cependant, le système de santé algérien est celui qui est financé par la sécurité sociale, elle-même prélevant des cotisations sur ses affiliés, par l'Etat prélevant des impôts sur la collectivité et enfin, dans une moindre proportion, par les ménages solvables en payant une contribution forfaitaire d'accès aux soins dans les structures publiques de santé.

Les avantages portent sur le remboursement des soins et frais médicaux et pharmaceutiques ou encore, l'assurance d'invalidité qui consiste en l'octroi d'une pension à l'assuré social, les assurances portant sur les accidents de travail et maladies professionnelles ou encore l'assurance décès qui a pour objet le versement d'un capital décès aux ayants-droit de l'assuré social décédé.

Le paiement direct des services de santé par le patient constitue un obstacle à l'accès des plus démunis aux soins, et l'amplification de la charge des dépenses de santé a poussé l'Etat à chercher un nouvel acteur qui peut participer au financement de la santé et faciliter l'accès aux soins pour les plus pauvres avec des mécanismes de participation et de remboursement.

L'apparition des mutuelles de santé était donc une solution aux doubles problèmes de financement et de l'accès aux soins.

En Algérie, la mutuelle est l'une des composantes couvertes par le champ d'actions engagées dans le mouvement mutualiste dans le domaine social. Les fonctions de la mutuelle sont plus liées à l'assurance sociale et à certaines activités annexes qui ne concernent que les adhérents. Elle est considérée comme étant une voie adaptée au renforcement de la protection et la cohésion sociale en Algérie.

A partir de juillet 1983, que le système de l'assurance sociale se réadapte au tour des principes de l'unification des régimes et de l'unification des avantages. Puis à partir des années 1990, ces dites lois ont été modifiées pour donner place aux différentes refontes effectuées autour d'organes spécialisés par un grand régime de risques couverts (maladie, invalidité, retraite et chômage) avec, toutefois, une distinction entre salariés et non-salariés. Ce qui a permis de créer d'abord deux grandes caisses : La Caisse Nationale des Assurances Sociales et des Accidents de Travail (CNASAT) et la Caisse Nationale des Retraites (CNR).

Les réformes du secteur des assurances sociales a donné place au mutualisme qui a pour objectif de contribuer au développement de la protection sociale, notamment dans le domaine de la santé et des retraites sur la base de principes démocratiques (les responsables mutualistes sont élus démocratiquement par les adhérents

Grace aux cotisations volontaires de ses adhérents, elle mène au mieux l'action de prévoyance, d'assurance sociale de solidarité et d'entraide dans l'intérêt de ses membres et de leurs ayants droit.

Leur rôle est la couverture de risques relatifs à la santé, au décès, et aux incapacités selon le principe de compensation interne entre les adhérents. Quant aux mutuelles d'assurance, elles couvrent les risques relatifs aux biens. Pour elles, la pratique d'une prime correspondante à la nature et à l'importance du risque couvert, est chose normale.

Les mutuelles d'assurance sociale est d'agir au-delà de la sécurité sociale dans le domaine de l'assurance et de prise en charge des dépenses de santé. Cependant, ces organismes ne se limitent pas qu'au cadre de la santé, ils peuvent également agir dans d'autres domaines, comme la maternité, le décès ou l'invalidité.

Nous nous intéressons dans ce travail à la mutualisation des dépenses assurée par les mutuelles d'assurance collective, tout en en penchant sur une étude de cas au sein de la compagnie d'assurance AMANA Assurance, en se focalisant sur le mode de cotisation et le système de remboursement.

Problématique

L'objectif principal de l'étude est d'apporter quelques éléments de réponse à la question de recherche suivante : Comment se déroule les cotisations et le remboursement des assurances sociales maladie dans le cadre des mutuelles d'assurances collectives ?

Objet et choix du thème

L'assurance sociale est l'une des formules de l'économie sociale et solidaire en Algérie, à part entière mais également un domaine tout à fait à part. En effet, elle produit des biens de grande consommation d'une nature très particulière et il concerne la santé, et c'est de là notre choix de ce secteur qui entre dans le cadre de notre formation.

Parler de l'assurance sociale aussi par ler de sa contribution dans la préservation et la prise en charge des frais de soins maladie, accidents de travail, maternité ou décès.

Le choix porté sur ce thème est que c'est un thème nouveau et manque de travaux scientifique sur le l'assurance sociale collective et des études sur le système mutuel en Algérie, ce qui nous a poussé à traiter ce thème tout en démontrant son rôle dans la prévention de la santé de la population.

Structure du mémoire

Pour porter des éléments de réponse à notre problématique nous avons réparti notre mémoire en trois chapitres :

-Le premier chapitre intitulé « Présentation générale de la mutuelle collective » porte des notions générales sur les mutuelles agricoles, l'évolution des mutuelles d'assurance leurs rôles et leurs objectifs.

-Le deuxième chapitre intitulé « Recouvrement et remboursement de l'assurance santé des mutuelles en Algérie » traite la nature des cotisations sociales en Algérie et leur calcul, et après nous traitons le système de remboursement des frais de santé.

-Le troisième chapitre : Intitulé : « AMANA Assurance de Tizi-Ouzou » est une étude de cas portant sur la méthode de cotisation et de remboursement au sein de la société d'assurance AMANA, après la présentation de cette compagnie nous traitons l'assurance santé collective et mode de calcul de taux de cotisation et de remboursement.

Chapitres I

Présentation générale de la
mutuelle

Introduction

Les mutuelles représentent une réelle alternative. Comme élément essentiel à l'économie plurielle, elles proposent une vision du monde et du développement, de ses finalités et de son sens qui lui sont propres. Nous tentons de définir et de mesurer l'effet produit par les mutuelles et l'influence socio-économique qu'elles exercent à l'intérieur comme à l'extérieur de leur organisation, dans une dynamique de contribution à un monde meilleur.

Section 01 : Les mutuelles d'assurances

1.1. Présentation générale de la mutuelle sociale

Le mouvement mutualiste est un acteur essentiel de la protection sociale. Il est aussi un pilier de l'économie sociale et solidaire. Bien que subissant une pression sans précédent, il renouvelle sans cesse sa capacité à agir au service de la santé et du bien-être des populations, à préserver son modèle non lucratif, et à faire vivre la démocratie mutualiste comme outil d'émancipation citoyenne.

1.2. Historique

Historiquement, les mutuelles sont nées des "sociétés de secours mutuels", organismes apparus à la fin du 18^{ème} siècle, puis reconnus dans la seconde moitié du 19^{ème} siècle, dont le but était d'assurer à leurs membres des prestations dans les branches de la maladie, l'accident, la vieillesse ou la mort¹.

1.2.1. Naissance des systèmes de mutualité

Durant la civilisation égyptienne, ce sont les bâtisseurs pyramide et les tailleurs de pierres qui avaient l'idée de créer une caisse de solidarité, constituant des fonds servant aux victimes d'accidents. Ces caisses sont nées en 1400 avant Jésus-Christ. La confrérie est l'une des premières mutuelles créées, elle est une association religieuse à l'église, ayant un but de charité et d'entraide pour les plus démunis².

1.2.2. Evolution des mutuelles d'assurance dans le monde

A partir de 1945, date de mise en place de la sécurité sociale, elles se sont surtout inscrites en complément de ce régime. Aujourd'hui, les mutuelles assurent des prestations dans les mêmes domaines que ceux des assurances commerciales, des caisses de retraites, mais aussi du crédit bancaire et de l'accès au savoir ou au savoir-faire (il s'agit des mutuelles dites « culturelles »).

¹ JEAN SAMMUT « Le modèle mutualiste au défi de l'Europe : un engagement civique issu de l'histoire », 2011, édité par Cabinet Conseil en mutualité et économie sociale, p2.

²<https://www.assurance-et-mutuelle.com/assurance/mutuelles.html>, consulté le 3/06/2022 à 10 :55.

Outre ces mutuelles, il y'avait la création d'une autre forme d'assurance il s'agit des caisses de secours constituant des L'urbanisation et l'industrialisation d'une part, le déclin de la solidarité familiale d'autre part, favorisent l'essor remarquable des compagnies d'assurance et des mutuelles au cours du 19^e siècle. Cependant, l'apparition de nouvelles activités et la multiplicité des accidents ont donné naissance à plusieurs formes de responsabilité civile, introduisant ainsi de nouvelles formes de contrats d'assurance.

Aujourd'hui les mutuelles proposent des prestations en complémentaire santé (couverture de la plupart des frais médicaux, dont l'optique et le dentaire, ainsi que les frais d'hospitalisation), ainsi que des contrats collectifs destinés à assurer une couverture complémentaire des salariés (l'employeur ou le comité d'entreprise prenant alors en charge, en règle générale, une partie de la cotisation) ou encore des contrats relevant du domaine de la prévoyance (capital décès, rente d'invalidité, complément aux indemnités journalières de la sécurité sociale...).

1.3. Définition de Mutuelle

Selon le Code de la Mutualité français, la mutuelle est un groupement ayant la capacité civile, dont la création est soumise à déclaration.

Selon le même code, les sociétés d'assurance mutuelles ont un objet non commercial. Elles sont constituées pour assurer les risques apportés par leurs sociétaires. Moyennant le paiement d'une cotisation fixe ou variable, elles garantissent à ces derniers le règlement intégral des engagements qu'elles contractent³.

Selon Friendly societies, «la mutualisation est une forme ouvrière qui a été fondée sur la mise en commun de ressources et la prise en charge solidaire des risques, et a conduit à la création de sociétés mutuelles »⁴.

Selon la loi 15-02 La mutuelle sociale est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par les dispositions de la présente loi et ses statuts. Elle acquiert la qualité de mutuelle sociale à compter de la date de son enregistrement auprès du ministre chargé de la sécurité sociale⁵.

³ Code français de la mutualité.

⁴ Malika Ahmed Zaid, Économie sociale et solidaire (ESS) en Algérie, La collection Construire la Méditerranée, novembre 2013, p 56.

⁵ Article 2 de la loi n° 15-02 du 04janvier 2015, relative aux mutuelles sociale et ses statuts.

Selon Les coopératives et les mutuelles sont des sociétés de personnes (pouvant être des sociétés de personnes physiques, de personnes morales ou des sociétés de capitaux à but non lucratif ou à lucrativité limitée) organisant la mise en commun de moyens et la solidarité entre leurs membres⁶.

Les mutuelles d'assurance ont en commun avec les mutuelles sociales les règles de fonctionnement démocratiques et la non-lucrativité, mais elles sont réglementées par le Code des Assurances.

. Le concept de l'assurance collective réside dans le fait que :

- Le compte est ouvert, non pas à titre individuel, mais pour un groupe de personnes ;
- L'employeur cotise tout ou partie au bénéfice du groupe

Concrètement, ce sont trois parties qui interviennent dans un contrat d'assurance de groupe :

- Le salarié assuré, soit le bénéficiaire ;
- L'employeur, soit le souscripteur qui signe le contrat et paie les primes ;
- L'assureur qui perçoit les primes et gère les prestations.

Donc l'assurance mutuelle est un avantage social pour les salariés des entreprises. L'employeur souscrit un contrat d'assurance (sur lequel il cotise tout ou en partie) au bénéfice de ses employés ainsi que de leurs ayants droit.

Le but social recherché par une mutuelle n'est pas seulement la redistribution égalitaire des cotisations collectées auprès des adhérents, c'est la solidarité collective de l'ensemble des adhérents pour venir en aide à ceux d'entre eux atteint par la maladie ou autre, touchés par un malheur fortuit qui se trouvent en situation matérielle difficile.

1.4. Le statut de la mutuelle

Le statut de la mutuelle relève du principe de l'autogestion. Elle poursuit un but non lucratif menant dans l'intérêt de ses membres, moyennant le versement d'une cotisation, à des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide. Les mutuelles font partie de ce qui est convenu d'appeler "le droit de la sécurité sociale complémentaire.

⁶ Guide de gouvernance des coopératives et des mutuelles, IFA, décembre 2014, p 4.

Les mutuelles d'assurance ont en commun avec les mutuelles sociales les règles de fonctionnement démocratiques et la non-lucrativité, mais elles sont réglementées par le Code des Assurances.

. Le concept de l'assurance collective réside dans le fait que :

- Le compte est ouvert, non pas à titre individuel, mais pour un groupe de personnes ;
- L'employeur cotise tout ou partie au bénéfice du groupe

Concrètement, ce sont trois parties qui interviennent dans un contrat d'assurance de groupe :

- Le salarié assuré, soit le bénéficiaire ;
- L'employeur, soit le souscripteur qui signe le contrat et paie les primes ;
- L'assureur qui perçoit les primes et gère les prestations.

Donc l'assurance mutuelle est un avantage social pour les salariés des entreprises. L'employeur souscrit un contrat d'assurance (sur lequel il cotise tout ou en partie) au bénéfice de ses employés ainsi que de leurs ayants droit.

Le but social recherché par une mutuelle n'est pas seulement la redistribution égalitaire des cotisations collectées auprès des adhérents, c'est la solidarité collective de l'ensemble des adhérents pour venir en aide à ceux d'entre eux atteint par la maladie ou autre, touchés par un malheur fortuit qui se trouvent en situation matérielle difficile.

1.5. Le statut de la mutuelle

Le statut de la mutuelle relève du principe de l'autogestion. Elle poursuit un but non lucratif menant dans l'intérêt de ses membres, moyennant le versement d'une cotisation, à des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide. Les mutuelles font partie de ce qui est convenu d'appeler "le droit de la sécurité sociale complémentaire.

Les mutuelles d'assurance collectives sont gouvernées par le principe de l'adhésion contractuelle individuelle ou collective, leur fonctionnement naît de leurs rapports avec leurs adhérents et la compétence des juridictions de droit commun des affaires de sécurité sociale.

Les statuts de la mutuelle sociale doivent énoncer, notamment⁷ :

- L'objet, la dénomination et le siège de la mutuelle sociale.
- Le mode d'organisation et le champ de compétence territoriale.
- Les droits et obligations des membres adhérents et de leurs ayants droit conformément à la législation en vigueur.
- Les conditions et modalités d'adhésion, de retrait, de radiation et d'exclusion des membres adhérents.

⁷Article 49 de la loi 15/02. 8 OLIVIERBONED « Les mutuelles en Europe : le défi de l'identité » édition ERES, 2008, p166.

- Les conditions rattachées au droit de vote des membres adhérents.
- Les règles et modalités d'élection des membres adhérents délégués à l'assemblée générale.
- Le rôle de l'assemblée générale et des autres organes de la mutuelle sociale conformément à la législation en vigueur et leur mode de fonctionnement.
- Le mode d'élection et de renouvellement des organes de la mutuelle sociale, conformément à la législation en vigueur.
- La procédure visant à assurer la continuité de la mission du conseil d'administration, applicable en cas d'empêchement, de décès, de démission ou de perte de la qualité de président du conseil d'administration.
- Les règles de révocation et de remplacement des membres du conseil d'administration par l'assemblée générale.
- Les règles de quorum et de majorité requises pour les décisions de l'assemblée générale et des organes de la mutuelle sociale.
Les règles et procédures d'examen et d'adoption des rapports d'activité et de contrôle et des comptes de la mutuelle sociale.
- Les prestations du régime général, individuelles et collectives et les prestations facultatives servies par la mutuelle sociale.
- Les conditions et modalités de cotisation et de participation financière des bénéficiaires des prestations du régime général de la mutuelle sociale, individuelles et collectives et des bénéficiaires des prestations facultatives, conformément à la législation en vigueur.
- Les conditions et modalités d'octroi des prestations du régime général de la mutuelle sociale, individuelles et collectives et, le cas échéant, des prestations facultatives
- En faveur des membres adhérents et leurs ayants droit.
- Les conditions et modalités de maintien ou de cessation du service des prestations du régime général de la mutuelle sociale, individuelles et collectives et, le cas échéant, des prestations facultatives en faveur des membres ayant interrompu le versement des cotisations.
- Les conditions et les modalités de dissolution volontaire de la mutuelle sociale et de dévolution de ses biens.

1.5.1. Assurent une stabilisation et une régulation économique, sociale et politique

En étant à la fois usagers et propriétaires, les membres ont à prendre des décisions qui les affectent non seulement en tant qu'utilisateurs, mais également en tant que copropriétaires, et ce, dans un cadre démocratique et collectif. Cela a pour conséquence que les décisions sont prises en considérant plus d'un aspect de la situation. C'est en alliant des intérêts qui peuvent sembler à prime abord divergents, ou du moins différents, que les membres réussissent à maintenir les activités de leur coopérative ou de leur mutuelle, dans une perspective de pérennité et de stabilité.

1.5.2. Maintiennent un accès équitable aux biens et services

Elles agissent dans des secteurs d'activités liés aux besoins fondamentaux et à l'économie réelle. Ce sont en effet les besoins de se nourrir, d'être en sécurité et de se loger convenablement qui sont au cœur des activités des grandes mutuelles. Il est évident que les mutuelles sont en ce sens cohérents avec leur mission première qui, est de répondre aux besoins de leurs membres.

Les mutuelles répondent aussi aux besoins de populations ou de territoires difficiles à atteindre.

1.5.3. Lutte contre l'inclusion économique, sociale et politique

Les mutuelles constituent une force démocratique qui influence à la fois ses propres membres, sa communauté et le monde en général. La démocratie des mutuelles n'est pas que représentative, elle est aussi participative et généralement vivante, ce qui permet que la diversité des points de vue et des besoins soit respectée et encouragée. En effet, les mutuelles offrent information, formation et éducation à leurs membres, et leur participation aux activités de leur organisation est en soi un processus éducatif majeur. D'ailleurs, cela est particulièrement frappant dans les pays en développement, qui jouent un rôle essentiel dans l'apprentissage en matière de démocratie, de prise en charge, de gestion, de comptabilité, de même que pour les apprentis.

Les mutuelles d'assurance collectives visent à assurer aux membres adhérents de la mutuelle sociale et à leurs ayants droit, des prestations du régime général, individuelles et/ou collectives, complémentaires et, le cas échéant, supplémentaires à celles servies par la sécurité sociale.

1.6. L'objectif des mutuelles

Leur objectif est d'agir au-delà de la sécurité sociale dans le domaine de l'assurance et de prise en charge des dépenses de santé. Cependant, ces organismes ne se limitent pas qu'au cadre de la santé, ils peuvent également agir dans d'autres domaines, comme la maternité, le décès ou l'invalidité.

L'objectif des mutuelles sociales, est la couverture de risques relatifs à la santé, au décès, et aux incapacités selon le principe de compensation interne entre les adhérents. Quant aux mutuelles d'assurance, elles couvrent les risques relatifs aux biens. Pour elles, la pratique d'une prime correspondante à la nature et à l'importance du risque couvert, est chose normale. Les pratiques de sélection et de discrimination sont normalement pratiquées selon l'état de santé et le niveau de risques, en respectant les conditions de la loi.

La mutuelle sociale peut également assurer, conformément aux dispositions de la loi 15/02 et à ses statuts, des prestations facultatives, individuelles et/ou collectives, entrant dans le cadre de la solidarité, de l'entraide et de la prévoyance.

Elle a pour objet d'assurer à ses membres et leurs ayants- droit les prestations suivantes⁸ :

- Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie.
- Contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés.
- Réaliser des opérations de protection juridique et d'assistance aux personnes.
- Couvrir le risque de perte de revenus lié au chômage.
- Apporter leur caution mutualiste aux engagements contractés par leurs membres participants en vue de l'acquisition, de la construction, de la location ou de l'amélioration de leur habitat ou de celui de leurs ayants droit.
- D'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées.
- De mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles.
- De participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.

Section 02 : Mutuelle sociale en Algérie

S'adressant aussi bien aux particuliers qu'aux professionnels, aux collectivités ou aux entreprises, l'assurance des biens en responsabilité et dommages, est un champ d'activités largement ouvert à une autre famille d'entreprises mutualistes, celle des mutuelles d'assurance régies par le Code des Assurances.

2.1. Les sociétés d'assurance mutuelle en Algérie

Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du présent code à dater de leur immatriculation au registre National des mutuelles. Elles mènent notamment au moyen de cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayant droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. On distingue trois mutuelles d'assurance en Algérie : la MAATEC pour le personnel de l'éducation et de la culture, la CNMA pour le secteur agricole et le mutualiste pour les assurances de personnes.

⁸ Loi 15/02, op. Cite.

2.1.1. La caisse nationale de mutualité agricole (CNMA)

L'assurance agricole se présente comme un instrument de gestion des périls permettant aux producteurs agricoles de protéger leurs patrimoines contre les risques qui les menacent, elle se met aujourd'hui au diapason des programmes initiés par les pouvoirs publics en direction du monde agricole et rural⁹.

2.1.2 Présentation de la mutualité agricole

La mutualité agricole est une institution professionnelle agricole qui a pour but de réaliser pour ses membres actionnaires fidèles, toute opération de prévoyance sociale, d'assurance ou de compensation, basée sur l'esprit de solidarité et cela sans la recherche de bénéfice.

La caisse nationale de mutualité agricole a été créée le 02 décembre 1972 et offre essentiellement à l'exploitant agricole un éventail de garanties contre les différents événements climatiques, contre certaines maladies animales et contre divers risques encourus par l'exploitant.

La Caisse de Mutualité Agricole a été instituée par l'ordonnance 72-64 du 02/12/1972 et dont le décret exécutif n°95-97 du 01/04/1995, modifié par le décret 99-273 fixant les statuts types des Caisses de Mutualité Agricole et définissant les liens juridiques et organiques entre elles.

2.1.3. Rôle et missions

La CNMA est agréée pour pratiquer les opérations d'assurance par l'intermédiaires de ses caisses régionales et en faveur des personnes physiques et morales exerçant leurs activités dans les secteurs de l'agriculture, de la pêche, de l'aquaculture et connexes.

A. Les missions de la CNMA

La CNMA a pour missions de :

- Pratiquer les opérations d'assurance liées aux risques agricoles : automobile, transport et divers.
- Encaisser des primes d'assurances.
- Régler les sinistres qui ne dépassent pas son pouvoir financier.
- Adresser, chaque trimestre, à la direction générale de mutualité agricole un canevas des réalisations budgétaires, en matière de production, sinistre, comptabilité relative aux moyens généraux et personnel, le recouvrement des créances ainsi que les actions publicitaires réalisées durant la période.

⁹ « Les mutuelles d'assurance à la conquête du marché », revue de l'assurance, N°5/de janvier à avril 2014, p8.

B. Le rôle de la CNMA

La mutualité agricole a pour rôle de :

- Préserver le patrimoine agricole et rural.
- Assurer un revenu minimum.
- Assurer la solvabilité de l'agriculteur /banque.
- Assurer la sécurité alimentaire.
- Pérenniser l'activité.
- Stabiliser l'économie du pays.

2.2. La mutuelle algérienne d'assurance des travailleurs de l'éducation nationale et de la culture (MAATEC)

La MAATEC est une mutuelle qui commercialise des contrats d'assurance au profit des travailleurs de l'éducation et de la culture. C'est la première mutuelle Algérienne, elle a été le 10 décembre 1964 et est autorisée à pratiquer les opérations d'assurances relative : aux risques de tout nature résultant de l'emploi de tous véhicules terrestres à moteur autres que ceux utilisés dans les transports en commun et transport publics, ainsi que les multirisques habitations.

La MAATEC est agréée pour une période transitoire d'une année, en application des dispositions de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995, modifiée et complétée, relative aux assurances et du décret exécutif n° 96-267 du 3 aout 1996, modifié et complété, fixant les conditions et modalités d'octroi d'agrément aux sociétés d'assurance et/ou de réassurance.

2.2.1 Objectifs de la MAATEC

Parmi ses objectifs, nous citons¹⁰ :

- La couverture de ses sociétaires contre les risques par une assurance sur mesure à caractère mutuelle.
- Offrir une assurance qui couvre les sociétaires et leurs biens, matériels ou corporels, contre les risques qui peuvent subir dans leur vie, avec une prestation deservice adéquate en qualité/prix.
- Accompagner les sociétaires dans leur carrière, par des services qui rendent la vie plus sécurisée et surtout solidaire.
- Développer et innover des produits d'assurance et assistance, et une qualité deservice pour satisfaire ses sociétaires.
- Garantie des droits d'assurance.

¹⁰Arrêté du 2 décembre 2010 portant agrément de la MAATEC.

-Mettre en place un système de tarification à la portée de tout le monde.

-Se rapprocher beaucoup plus de ses sociétaires pour les assister, les conseiller dans leur protection en assurance.

2.3. La Mutuelle Générale des travailleurs des industries électriques et gazières (MUTEG)

La mutuelle des travailleurs des industries électriques et gazières (MUTEG) est le prolongement de la caisse mutuelle complémentaire de l'assurance sociale (CMCAS), mutuelle des travailleurs de EGA, dissoute suite à la dissolution des régimes particuliers d'assurances sociales à la faveur de l'unification des régimes de sécurité sociale de 1983 à travers la Loi 83-11 de juillet 1983 relative aux assurances sociales et la création de la CNASAT.

L'unification et l'uniformisation du régime de sécurité sociale en 1983 mettait fin à tous les régimes particuliers de sécurité sociale c'est ainsi que la CAPAS et la CMACAS seront dissoutes à la faveur de la Loi 83-11 et 83-12 de juillet 1983.

En 1991, la promulgation de la Loi 90-11 relative aux associations et la Loi 90-33 relative aux mutuelles sociales, modifiée et complétée par l'ordonnance 90-20 a permis de créer la mutuelle des Travailleurs des industries Electriques et Gazières (MUTEG), le 08 mai 1991.

Actuellement les Mutuelles sociales sont régies par la Loi 15-02 du 04 Janvier 2015 qui a abrogé la Loi 90-33.

La MUTEG est une personne morale de droit privé à but non lucratif régie par les dispositions de la Loi 15-02 du 04 janvier 2015, elle a pour objet de mener des actions d'entraide, de solidarité et de prévoyance en faveur de ses membres adhérents et de leurs ayants-droit au moyen de versement de cotisations.

2.3.1. La mutualiste assurance des personnes

Le Mutualiste est une société d'assurance à forme mutuelle spécialisée dans les produits d'assurances des personnes. Le Mutualiste, doté d'un fonds d'établissement de 800 millions de dinars, a été agréé en 2012 par le ministre des finances.

Les missions de la mutualiste sont les suivants :

- Le Mutualiste ambitionne d'accompagner ses sociétaires dans leur vie professionnelle et vie privée en les protégeant, ainsi que leur famille, contre les conséquences des aléas de la vie à la suite d'un accident ou d'une maladie.
- Elle privilégie les agriculteurs, les salariés de l'agro-industrie, de l'agro- alimentaire, les professions libérales liées à l'agriculture (vétérinaires, ingénieurs et techniciens) et aux distributeurs de produits agricoles (machines, produits phytosanitaires).

- Le Mutualiste conçoit et développe, à destination du réseau de la CNMA, une gamme de produits innovante et performante dans le domaine de la Prévoyance, de la santé et de l'assistance.
- Grâce au réseau de sa société mère, le Mutualiste compte distribuer ses produits d'assurance sur l'ensemble du territoire national.

2.4. Organisation et fonctionnement des mutuelles sociales algériennes

La présente loi a pour objet de déterminer les conditions et modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement des mutuelles sociales.

L'enregistrement de la mutuelle sociale s'effectue conformément aux dispositions de la présente loi.

2.4.1. Constitution de la mutuelle d'assurance collective

La mutuelle sociale peut être constituée entre des travailleurs salariés des institutions et administrations publiques et des établissements et entreprises publics ou privés ainsi qu'entre des personnes exerçant pour leur propre compte. Elle peut être également constituée par des personnes ayant la qualité d'assurance sociale conformément à la législation en vigueur.

La mutuelle sociale peut être constituée entre¹¹ :

- Les personnes retraitées ou titulaires de pensions ou de rentes, au titre de la sécurité sociale.
- Les moudjahidine et les veuves de chouhada bénéficiant de pensions d'Etat, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, ó les ayants droit de mutualistes décèdes.
- Des travailleurs salariés des institutions, administrations et établissements publics, des entreprises publiques ou privées.
- Des personnes exerçant pour leur propre compte.
- Des personnes retraitées ou titulaires de pensions ou de rentes, au titre de la sécurité sociale.
- De Moudjahidine et de veuves de Chouhada bénéficiant de pensions d'Etat.
- D'ayants droit de mutualistes décédés.

¹¹ Art Loi N°15-02 du 04 janvier 2015 relative aux mutuelles sociales, journal officiel n° 01, du 07 janvier 2015.

Les personnes cités ci-dessus ont le droit de constituer une mutuelle sociale ou d'adhérer de façon libre et volontaire à des mutuelles sociales existantes, à la condition de se conformer à la législation et à la réglementation en vigueur et à leurs statuts.

2.4.2. Organisation de la mutuelle sociale

La mutuelle sociale doit regrouper un nombre minimum de cinq mille (5.000) membres adhérents pour assurer la continuité et la viabilité de ses actions prévues par la loi.

La mutuelle sociale est constituée de quatre (4) organes :

- **L'assemblée générale (organe souverain)** : Est composée de l'ensemble des membres de la mutuelle ou des représentants élus des sections de la mutuelle cette composition est renouvelée tous les 5 ans.

Elle est l'instance suprême de la mutuelle et prend toutes les décisions relatives à sa vie telles que l'adoption et la modification des statuts et règlement intérieur.

- **Le conseil d'administration** : Il est composé de 5 à 11 membres adhérents. Les membres du CA sont élus par l'assemblée générale. Le CA détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application notamment :
 - L'administration et la gestion de la mutuelle.
 - Élaboration du budget.
 - Rédaction des rapports.
 - Convocation des AG.
 - Nomination des dirigeants salariés.
- **Le bureau du conseil d'administration** : Constitué de 3 à 5 membres adhérents délégués, élus par le conseil d'administration, en son sein, chargé d'exécuter les décisions du conseil d'administration.
- **La commission de contrôle** : Composée de 3 à 5 membres adhérents, autres que les membres du conseil d'administration, ayant des compétences requises, élus par l'assemblée générale, en son sein, a pour missions de :
 - Contrôler l'exactitude de la comptabilité et la régularité des opérations financières.
 - Contrôler l'exécution des décisions de l'assemblée générale.
 - Élaborer un rapport de contrôle directement transmis à l'AG.

L'admission de tout adhérent donne lieu à un versement d'un droit d'adhésion, acquitté en même temps que la première cotisation. Sa démission est présentée à l'assemblée générale ordinaire par lettre recommandée, ainsi, son exclusion est prononcée par le conseil d'administration lorsque l'adhérent ne remplit pas les conditions visées¹.

La société mutuelle est administrée par un conseil d'administration, composé de 7 à 15 membres élus par l'assemblée générale, elle-même composée des membres adhérents à jour de leurs cotisations, comme elle procède à la désignation d'un ou de plusieurs commissaires aux comptes. Le conseil d'administration procède à : l'élection, parmi ses membres, d'un président et d'un vice-président pour une durée de 3 ans renouvelable et la nomination d'un directeur général, sur proposition de son président, mais aussi la définition de sa rémunération et de ses pouvoirs.

Enfin, la dissolution de la société mutuelle peut-être prononcée par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration après avis conforme du Ministère des Finances¹².

En 2018, Le ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale a installé un Conseil national de la Mutualité sociale (CNMS), qui est un organe consultatif, pour la période 2018-2022.

Le Conseil a pour mission de procéder à des études et enquêtes sur la gestion des mutuelles. Il est composé de représentants de différents secteurs dont la sécurité sociale, les finances, l'intérieur et les collectivités locales, la santé, la solidarité nationale, le Conseil national économique et social (CNES) et les syndicats les plus représentés au niveau national.

2.5. Les textes et lois règlementaire régissant les mutuelles sociales en Algérie

Plusieurs textes et lois sont promulgués dans le but de :

2.5.1. Loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales

Loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales institue un régime unique d'assurances sociales couvrant la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès. Prévoit les catégories de bénéficiaires, les types de prestations, le financement et la gestion des dépenses.

Cette loi à intégrer le système de tiers payant produits pharmaceutiques, qui permet à l'assuré qui en bénéficie d'acquérir ses médicaments auprès d'une officine pharmaceutique conventionnée : Gratuitement, lorsqu'il est pris en charge au taux de 100%. Contre paiement de sa participation de 20%, lorsqu'il est pris en charge à 80%.

Les personnes bénéficiant de ce système sont :

- L'assuré ou l'ayant droit de l'assuré atteint d'une maladie chronique reconnue.
- L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité ou de retraite directe, quel qu'en soit le

¹² Décret exécutif n° 09-13 du 11 janvier 2009 fixant le statut-type des sociétés d'assurance à forme mutuelle.

montant, ainsi que ses ayants droit. L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité ou de retraite de reversions.

- L'assuré titulaire d'une rente d'accident de travail d'un taux au moins égal à 50 % et ses ayants droit.
- L'assuré titulaire d'une rente d'accident de travail d'un taux au moins égal à 50 % et ses ayants droit.
- L'assuré titulaire d'une rente d'accident du travail d'ayant droit survivant, servie en cas de décès de la victime consécutif à l'accident du travail.

2.5.2. La loi 90-31 relative aux associations

La loi 90-31 régissant les mutuelles sociales en Algérie, notamment pour ce qui est de l'agrément de la mutuelle sociale, elle détermine les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement des mutuelles sociales.

Selon cette loi, Légalement, c'est au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale qu'incombe le rôle de contrôler la bonne application de la législation sur les mutuelles sociales. En cas de dysfonctionnement ou de préjudice grave (déséquilibres financiers, baisse importante des effectifs des adhérents, absence de fonctionnement démocratique, etc.), un administrateur provisoire n'est nommé par ce ministère pour un mandat de trois mois en vue d'organiser une nouvelle assemblée générale électorale de la mutuelle concernée.

2.5.3 Décret exécutif n° 97-428 du 11 novembre 1997

Les mutuelles d'assurances sont réglementées par Ordonnance n° 95/07 du 25 Janvier 1995 relative aux assurances

Le décret fixant les modalités du contrôle du ministre chargé de la sécurité sociale sur l'application de la législation relative aux mutuelles sociales.

2.5.4 Arrêté du 7 décembre 1997 fixant les taux d'affectation des ressources provenant des cotisations

Le présent arrêté a pour objet de fixer les taux d'affectation des ressources de la mutuelle sociale provenant des cotisations.

2.5.5 Loi N°15-02 du 04 janvier 2015 relative aux mutuelles sociales

La loi 15-02 relative à la mutuelle sociale s'inscrit dans le cadre de la réforme de la mutualité sociale, qui constitue le système de protection sociale complémentaire au système national de sécurité sociale. Cette loi a pour objet de déterminer les conditions et modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement des mutuelles sociales.

Ainsi, la réforme prévue par cette loi intervient dans le sillage des réformes du système national de sécurité sociale qui ont permis l'amélioration de la qualité des prestations, la modernisation et la préservation des équilibres financiers de la sécurité sociale.

Cette réforme, adoptée lors de la treizième et de la quatorzième tripartite, est inscrite au programme du Gouvernement. Elle porte notamment sur :

- Le statut de la mutuelle sociale, qui devient une personne morale de droit privé à but non lucratif, enregistrée auprès du ministre chargé de la sécurité sociale et régie par une législation spécifique, au lieu et place du statut actuel d'association, régie par deux législations, celle relative aux associations, d'une part, et celle relative aux mutuelles sociales d'autre part. Cette évolution permettra un meilleur fonctionnement et un meilleur contrôle des mutuelles sociales.
- L'élargissement du champ d'intervention de la mutuelle sociale, à travers notamment, ses prestations individuelles du régime général, complémentaires et supplémentaires, à celles servies par la sécurité sociale.
- Les prestations supplémentaires de la mutuelle sociale permettront de compléter les remboursements assurés par la sécurité sociale avec la possibilité de faire bénéficier ses adhérents du remboursement au-delà des tarifs de référence de la sécurité sociale.
- L'intégration des mutuelles sociales au système de la carte électronique de l'assuré social « Chifa » et au système du tiers payant de la sécurité sociale, à l'effet de permettre aux assurés sociaux adhérents aux mutuelles sociales de bénéficier de l'avantage de ces deux systèmes qui s'appliqueront de manière simultanée pour la prise en charge des prestations de la sécurité sociale et celles de la mutuelle sociale.
- L'institution de la retraite complémentaire, au titre des prestations facultatives de la mutuelle sociale, qui permet aux travailleurs d'avoir la possibilité de prévoir des revenus complémentaires à l'âge de la retraite.
- Les mutuelles sociales pourront ainsi créer un fonds de retraite complémentaire financé par des cotisations spécifiques de leurs adhérents.
- La cotisation de la retraite complémentaire basée sur l'assiette de sécurité sociale et déductible du revenu imposable, est fixée à un taux minimum de 3%, réparti à part égale entre l'employeur et le travailleur salarié. Elle est à la charge exclusive du travailleur non salarié.
- Le droit à la pension de retraite complémentaire est prévu à l'âge légal de la retraite du régime général de la sécurité sociale, après une durée minimale de cotisation de 15 années, et est calculée sur la base d'un taux de validation de l'année de cotisation fixé à 0.625%, soit un taux plein de la pension de retraite complémentaire fixé à 20%.

Par ailleurs, cette loi prévoit pour la retraite complémentaire :

- La possibilité pour les assurés sociaux salariés et non-salariés, l'adhésion à la retraite complémentaire de plusieurs mutuelles sociales, à l'effet d'augmenter leurs revenus à l'âge de la retraite.
- Les règles de rachat de cotisations pour les travailleurs adhérents à la mutuelle sociale qui ne réunissent pas le nombre d'années de cotisation minimum requis pour l'attribution d'une pension de retraite complémentaire, dans la limite de cinq (05) années de cotisations de rachat.
- La revalorisation annuelle de la pension de retraite complémentaire, sur la base d'un taux fixé par la mutuelle sociale.
- Les règles applicables en matière de réversion de la pension de retraite complémentaire aux ayants droit en cas de décès de son titulaire, qui sont celles applicables en matière de retraite du régime général de sécurité sociale.
- La garantie du maintien des droits de retraite complémentaire en cas d'aléas financiers de la mutuelle sociale, grâce à l'obligation faite à la mutuelle sociale de souscrire un contrat d'assurance des ressources du fonds de retraite complémentaire.
- Les dispositions destinées à mieux définir les conditions requises pour la constitution, l'enregistrement, l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle sociale et les missions de ses organes ainsi que les droits et obligations de ses adhérents.
- Les dispositions financières qui précisent, notamment les sources de financement et le patrimoine de la mutuelle sociale et les modalités de leur affectation, avec des dépenses de fonctionnement dont le taux maximum est fixé à 8%, conformément aux normes de gestion retenues pour les organismes de sécurité sociale.
- Le renforcement du contrôle de la mutuelle sociale, notamment le contrôle exercé par le ministre chargé de la sécurité sociale à travers les documents administratifs, comptables et financiers qui lui sont obligatoirement transmis annuellement avant la fin du premier semestre de l'année qui suit l'exercice clos.
- Les dispositions relatives à la dissolution volontaire et judiciaire de la mutuelle sociale et les modalités de dévolution de ses biens dans ces cas.
- L'aggravation des sanctions pénales à l'encontre des contrevenants à la législation de la mutualité sociale, qu'ils soient administrateurs ou gestionnaires de la mutuelle sociale ou employeurs ou toute autre personne.

La loi 15-02 du 4 janvier 2015, offre, en outre, la possibilité aux mutuelles sociales de conclure des conventions de tiers payant avec les prestataires et les services de soins pour une prise en charge complémentaire et supplémentaire. Cette possibilité vise à élargir la gratuité des soins dispensés dans le secteur privé, grâce à l'intervention combinée de la sécurité sociale et de la mutualité sociale, qui constituent les deux piliers nationaux de la protection sociale fondée sur

la solidarité.

2.6. Ressources des mutuelles d'assurances sociales en Algérie

Les ressources de la mutuelle d'assurance sociale sont constituées principalement des cotisations de ses adhérents outre les dons et legs, les produits provenant des fonds placés ou investis par la mutuelle et les produits des actions en réparation.

Ses ressources sont constituées de :

- Des cotisations et autres participations financières de ses membres adhérents.
- Des revenus provenant des prestations fournies par la mutuelle sociale.
- Des produits des fonds placés ou investis par la mutuelle sociale.
- Des subventions éventuelles accordées à la mutuelle sociale conformément à la législation en vigueur.
- Des produits des actions en réparation prévues par la loi.
- Des dons et legs conformément à la législation en vigueur.

Les ressources de la mutuelle sociale provenant des cotisations au titre des prestations du régime général de la mutuelle sociale sont affectées :

- Aux prestations individuelles.
- Aux prestations collectives.
- Au programme d'investissement.
- A la constitution d'un fonds de réserve.
- Aux frais de fonctionnement de la mutuelle sociale.

2.6.1. Affectation des ressources des cotisations sociales

Comme porté dans l'arrêté du 7/01/1997, les ressources de cotisations sociales sont affectées comme suit :

- ✓ 70 % aux prestations individuelles.
- ✓ 10 % aux frais de fonctionnement de la mutuelle.
- ✓ 10 % aux prestations collectives.
- ✓ 10 % au programme d'investissement¹³.

2.7. Organismes de recouvrements

Le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale est en charge de la tutelle des caisses nationales suivantes :

¹³ Article 1er de l'arrêté du 7 décembre 1997 fixant les taux d'affectation des ressources provenant des cotisations, JO n°01 du 07 janvier, 1998, p 18

- **La Caisse Nationale d'Assurances Sociales des travailleurs salariés (CNAS)** : qui assure la gestion des prestations en nature et en espèces des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles et des prestations familiales pour le compte de l'Etat.

- **La Caisse Nationale des Retraites (CNR)** qui gère les pensions et allocations de retraite ainsi que les pensions et allocations des survivants.
- **La Caisse Nationale de l'Assurance chômage (CNAC)** qui gère les prestations chômage, l'aide aux entreprises en difficulté pour mener au mieux les procédures de licenciement, l'aide à la réinsertion, l'aide à la création d'activités pour les chômeurs de plus de 30 ans.

Dans chaque Wilaya, ces caisses disposent d'une structure dénommée "*Agence de Wilaya*" qui fonctionne comme une annexe de la caisse nationale concernée.

La vérification et le contrôle de la gestion financière et comptable de la mutuelle sociale sont effectués par un commissaire aux comptes désigné à cet effet, par l'assemblée générale de la mutuelle sociale, conformément à la législation en vigueur. Il vérifie notamment la sincérité des écritures comptables, les bilans et inventaires ainsi que l'exactitude des informations données sur les comptes de la mutuelle sociale dans des rapports soumis à l'assemblée générale¹⁴.

Ainsi, le conseil d'administration peut également décider d'engager des opérations de contrôle et de vérification.

Section 03 : Les prestations des mutuelles d'assurances sociales en Algérie

Les mutuelles sociales assurent à leurs membres adhérents et à leurs ayants droit, des prestations du régime général, individuelles et/ou collectives, complémentaires et, le cas échéant, supplémentaires à celles servies par la sécurité sociale.

La sécurité sociale comprend l'assurance maladie, l'assurance maternité, l'assurance invalidité, l'assurance décès, les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'assurance vieillesse (la retraite), l'assurance chômage et les prestations familiales

3.1. Prestations à caractère individuel

Les prestations individuelles du régime général servies par la mutuelle sociale, sont constituées par une ou plusieurs des prestations suivantes¹⁵ :

¹⁴ Article 76 de la loi N° 15-02 du 4 Janvier 2015, relative aux mutuelles sociales.

¹⁵ Article 06 de la loi 15/02, op. cite, p 05.

3.1.1. Les prestations en nature de l'assurance maladie

Elle garantit les risques liés à tous les états pathologiques ou traumatiques nécessitant des soins, pour cela elle permet aux assurés salariés et /ou non-salariés de faire face aux dépenses de soins exigés par leurs états de santé ainsi que pour leurs ayants- droit¹⁶.

La mutuelle sociale peut prévoir dans ses statuts la prise en charge du différentiel entre les honoraires et les tarifs des soins de santé pratiqués par les professionnels de la santé et les établissements de soins et les tarifs de référence servant de base au remboursement par la sécurité sociale, dans la limite des honoraires et des tarifs des soins de santé fixés, ou plafonnés par la législation et la réglementation en vigueur.

En aucun cas, le remboursement cumulé de la sécurité sociale et de la mutuelle sociale ne saurait excéder le montant des frais réellement engagés.

- Consultations et soins médicaux.
- Produits pharmaceutiques.
- Actes médicaux spécialisés.
- Radiologie - analyses - soins et prothèses dentaires - autres prothèses médicales - optiques - autres soins spécialisés etc...
- Hospitalisation, cliniques - sanatorium - préventorium, aérium, centre de cures thermales etc....

En général tous les actes médicaux spécialisés remboursés par la CNAS.

3.1.2. Les indemnités journalières de l'assurance maladie

Selon un taux fixé par les statuts de la mutuelle sociale et dans la limite maximum de 25% du salaire de référence servant de base au calcul de l'indemnité journalière du travailleur, lorsque celles-ci ne sont accordées par la sécurité sociale qu'au taux de 50%.

Les indemnités journalières ne sont pas prises en charge par la MIFA, lorsque le remboursement CNAS est effectué au taux de 100 %.

3.2..La majoration de la pension d'invalidité

Des assurances sociales de la première catégorie prévue par l'article 36 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, lorsque le titulaire de la pension n'exerce aucune activité professionnelle, sur la base d'un taux fixé par les statuts de la mutuelle sociale et ce, dans la limite de 20% du salaire de référence servant de base au calcul de la pension tel que fixé par la législation en vigueur.

¹⁶ Article 59 de la loi N°83-11 du 02-07-1983 relative aux assurances sociales ; article 04 du décret N°84 -27 du 11-02-1984 fixant les modalités d'application du titre II de la loi N°83-11 du 02-07-1983 relative aux assurances sociales.

3.2.1 La majoration de la rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle

Dont le taux est, au moins, égal à 50% lorsque le titulaire n'exerce aucune activité professionnelle. En aucun cas, le montant cumulé de la rente et de la majoration ne saurait excéder 80% du salaire de référence servant de base au calcul de la rente tel que fixé par la législation en vigueur.

3.2.2 Majoration des pensions de réversion au titre de la sécurité sociale

En faveur des ayants droit d'un travailleur décédé, sur la base d'un taux fixé par les statuts de la mutuelle sociale.

D'autres prestations individuelles à caractère social, en nature et/ou en espèces, spécifiques aux événements familiaux et professionnels.

3.3 Prestations à caractère collectif

Les prestations collectives du régime général servies par la mutuelle sociale sont constituées par¹⁷ :

- Des prestations en matière de santé.
- Des actions sociales de protection de la famille, de l'enfance, des personnes âgées. Handicapées ou dépendantes.

Pour assurer les prestations collectives prévues à l'alinéa ci-dessus, la mutuelle sociale peut réaliser et/ou gérer des structures sanitaires et sociales conformément à la législation en vigueur.

Les prestations collectives, citées à l'alinéa 1er ci-dessus, sont définies par les statuts de la mutuelle sociale.

Les prestations en matière de santé, citées au présent article sont délivrées gratuitement par la mutuelle sociale à ses membres adhérents et à leurs ayants droit.

3.4 Prestations à caractère facultatif

La mutuelle sociale peut prévoir dans ses statuts des prestations à caractère facultatif servies en contrepartie de cotisations ou de participations financières spécifiques.

Ces prestations sont individuelles ou collectives et peuvent concerner, notamment l'accès¹⁸ :

- A la retraite complémentaire telle que définie par la présente loi.
- Au fonds d'aide et de secours destiné notamment à l'assistance aux membres adhérents et à leurs ayants droit en cas de maladie, d'accident du travail et de maladie

¹⁷Art 9 de la loi 15-02 relative aux mutuelles sociales.

¹⁸ Art. 15 de la loi 15/02

Professionnelle et de décès.

- A l'aide au logement.
- A la formation continue ou qualifiante.
- Aux activités culturelles et sportives.
- Aux prestations servies par les coopératives mutualistes.

Le taux de cotisation de la retraite complémentaire des travailleurs salariés, prévu par la loi 15-02, est réparti à part, égale, entre l'employeur et le travailleur. Les cotisations de retraite complémentaire sont déductibles du revenu imposable.

3.4.1. Les garanties :

Garantie de base du produit, la garantie prévoit la couverture des salariés contre les risques de décès, de l'incapacité permanente partielle ou totale. Ainsi, le mutualiste versera au salarié ou aux ayants droit un capital déterminé selon la formule retenue lors de la souscription du contrat.

Au titre de cette garantie principale, se greffent des prestations sociales de type forfaitaire, à la suite d'événements survenant au salarié, que ces événements soient heureux tels que le mariage, la naissance, la circoncision, ou malheureux tels que le décès d'un proche.

Les garanties portent sur :

- **Décès** : Versement d'un capital aux bénéficiaires de l'assuré décédé à la suite d'un accident ou d'une maladie.
- **Invalidité absolue et définitive** : Versement d'un capital à l'assuré en cas d'invalidité absolue et définitive suite à un accident ou une maladie.
- **Incapacité permanente totale** : Versement d'un capital à l'assuré en cas d'incapacité permanente totale suite à un accident ou une maladie.
- **Incapacité permanente partielle** : Versement d'un capital proportionnel au taux d'incapacité à l'assuré suite à un accident ou une maladie.
- **Incapacité temporaire totale** : Versement d'une indemnité journalière pendant toute la durée de l'arrêt de travail de l'assuré suite à une maladie ou un accident.
- **Rente éducation** : Versement d'une rente aux enfants scolarisés de l'assuré décédé.
- **Prestations sociales** : Versement d'indemnités forfaitaires à l'assuré à la suite du mariage, de naissance ou de circoncision d'un enfant de l'assuré ou encore à la suite du décès d'un ascendant, d'un descendant direct ou du conjoint de l'assuré.

Conclusion

Les mutuelles d'assurance, de par leur organisation et leur fonctionnement et les buts qu'elles poursuivent répondent aux besoins sociaux des salariés dans un domaine assurantiel. Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, Les mutuelles constituent des dispositifs permettant de protéger les travailleurs algériens appartenant à une même branche professionnelle, et d'éviter que leurs conditions ne se dégradent davantage au regard de l'érosion du pouvoir d'achat et de l'inflation. En leur offrant un système d'assurance et de prévoyance volontaire. Cependant les propositions de leur création sont très limitées, dans un contexte économique difficile.

Chapitre II

Recouvrement et
remboursement de

L'assurance santé des mutuelles
en Algérie

Introduction

Le membre adhérent à une mutuelle sociale règle le montant des frais de soins de santé non pris en charge au titre de la sécurité sociale et demande le remboursement complémentaire et, le cas échéant, supplémentaire à la mutuelle sociale, sauf dans le cas où il s'adresse à un praticien, une officine pharmaceutique, un établissement de soins ou tout autre prestataire de soins ou de services liés aux soins ayant passé une convention lui permettant de bénéficier du système du tiers payant complémentaire et, le cas échéant, supplémentaire.

Section 01 : Les mutuelles de santé en Algérie

Les entreprises sont obligées d'instaurer une mutuelle santé collective pour tout leur effectif salarié, en complément de leur affiliation à la Sécurité sociale. Cette obligation est issue de la loi sur la mutuelle obligatoire en entreprise.

1.1. Les cotisations d'assurance sociale en Algérie

L'adhésion à la mutuelle sociale entraîne le précompte de la cotisation par l'organisme employeur ou l'organisme débiteur de la pension ou de la rente de sécurité sociale. Cette cotisation est versée à la mutuelle sociale dans un délai maximum de trente (30) jours à compter de la date du précompte.

1.1.1. Définition de la cotisation

Lorsque l'organisme d'assurance est une société mutuelle ou à forme mutuelle dans laquelle l'assuré est en même temps sociétaire, la prime s'appelle « cotisation ». Autrement dit, la prime est la contribution que verse l'assuré à l'assureur en échange de la garantie qui lui est accordée¹

1.1.2. Période de versement des cotisations

D'une façon générale, les cotisations sont versées mensuellement ou trimestriellement, suivant le cas.

Toutefois, elles sont versées annuellement pour certaines catégories particulières et les non-salariés.

Le défaut de versement dans les délais des cotisations de sécurité sociale, entraîne une pénalité constituée par une majoration du montant des cotisations dues de 5% appliqué au montant des cotisations dues².

1.1.3. Nature des cotisations sociales en Algérie

¹ Ewald.F, « Encyclopédie d'assurance », Éditions Economica, Paris, 1997, P.09.

² Circulaire générale d'application des lois de sécurité sociale, n°01 MSAS. CAB, du 10/11/1991, p45.

Chapitre II : Recouvrement et remboursement de l'assurance santé des mutuelles en Algérie

Les cotisations d'assurances sociales en Algérie concernent les travailleurs salariés et les non-salariés.

1.1.3.1. Cotisation des travailleurs salariés

Sont obligatoirement assurées à la sécurité sociale les personnes qui exercent en Algérie une activité salariée ou assimilée ou qui sont en formation professionnelle, quelle que soit leur nationalité.

Tableau N°1 : Cotisations au 1er janvier 2022

Branche	A la charge de l'employeur	A la charge du salarié	A la charge du Fonds des Oeuvres Sociales	Total
Assurances sociales : (maladie, maternité, invalidité et décès)	11,5 %	1,5 %	-	13 %
Accidents du travail et maladies professionnelles	1,25 %	-	-	1,25 %
Retraite	11 %	6,75 %	0,50 %	18,25 %
Retraite anticipée	0,25 %	0,25 %	-	0,5 %
Assurance chômage	1 %	0,5 %	-	1,5 %
Total	25 %	9 %	0,50 %	34,5 %

Source : Tableau sur le taux de cotisations au 1 janvier 2017 ; caisse nationale de sécurité sociale de non-salarié (CASNOS). Direction générale 5. Passage Abou Hamou Moussa Ex Mohamed V ALGER 16000.

Il faut noter que si l'assuré est employé dans les secteurs de la construction, des travaux publics ou de l'hydraulique dont la gestion est confiée à la CACOBATPH (Caisse Nationale des Congés Payés et du Chômage-Intempéries des Secteurs du Bâtiment, des Travaux Publicset de l'Hydraulique) en plus de la cotisation s'ajoute 0,375 % à la charge de l'employeur.

La CNAS recouvre également pour le compte du Fonds des Œuvres sociales une cotisation de 0,50 % du salaire pour financer la retraite anticipée.

1.1.3.2. Cotisation des travailleurs non-salariés

Les travailleurs non-salariés cotisent :

- Aux assurances sociales qui couvrent les risques maladie, maternité, invalidité.
- À l'assurance retraite.

Les cotisations sociales s'élèvent à 15 % réparties en parts égales (7,5 %) entre les

assurances sociales et la retraite.

Elles sont calculées sur la base du revenu annuel imposable ou à défaut du chiffre d'affaire entre³.

- 216 000 DZD minimum.
- 4 320 000 DZD maximum.

La cotisation annuelle varie entre :

- 32 400 DZD minimum.
- 648 000 DZD maximum.

1.1.4. Taux des cotisations

Le taux de la cotisation au régime général de la mutuelle sociale donnant droit aux prestations du régime général, individuelles et collectives, appliqué sur l'assiette de cotisation de sécurité sociale, est fixé par les statuts de la mutuelle sociale comme suit :

Le taux de cotisation aux prestations individuelles (régime général) est fixé comme suit

- Un taux de 3% sur l'assiette ou la tranche d'assiette de cotisation de la sécurité sociale dont le montant est inférieur à trois (3) fois le salaire national minimum garanti.
- Un taux compris entre 3.1% et 4 % sur la tranche d'assiette de cotisation de sécurité sociale dont le montant est compris entre trois (3) et moins de cinq (5) fois le SNMG.
- Un taux compris entre 4.1% et 5% sur la tranche d'assiette de cotisation de sécurité sociale dont le montant est compris entre cinq (5) et moins de dix (10) fois le SNMG.

- Un taux compris entre 5.1% et 6% sur la tranche d'assiette de cotisation de sécurité sociale dont le montant est compris entre dix (10) et moins de quinze (15) fois le SNMG.
- Un taux compris entre 6.1% et 7% sur la tranche de sécurité sociale dont le montant est égal ou supérieur à quinze (15) fois le SNMG.

Le taux de la cotisation et/ou le montant de la participation financière au titre des

³ www.cleiss.fr/docs/cotisations/algérie.html, consulté le 01/07/2022 à 15 :18.

prestations à caractère collectif ou facultatif sont fixés par les statuts de la mutuelle sociale.

1.1.5. L'assiette des cotisations

L'assiette des cotisations de sécurité sociale est constituée de l'ensemble des éléments du salaire à l'exclusion des prestations à caractère familial, des frais de remboursement, des primes de départ, des indemnités pour conditions de vies particulières. Les cotisations sont payées sur le salaire de poste de l'employé⁴.

L'assiette des cotisations de sécurité sociale est constituée de l'ensemble des éléments du salaire, à l'exclusion :

- Des prestations à caractère familial.
- Des remboursements de frais.
- Des primes de départ.
- Des indemnités pour conditions de vie particulières.

Cependant, les personnes dont la pension ou la rente est inférieure au SNMG⁵ (revalorisé de 15000 à 18000 DA en 2011) sont exonérées du paiement des cotisations de sécurité sociale (le taux de cotisation d'assurance sociale est de 2%). Le 19 janvier 2011, un relèvement à 15.000 DA de toutes les pensions et allocations de retraite inférieures à ce montant a été annoncé par la presse algérienne.

Le montant des cotisations dépend du nombre de cotisants qui à son tour dépend du pouvoir d'achat des travailleurs (croissance, inflation...).

⁴ PERRET C., « Les évolutions du système de protection sociale en Algérie », Notes de Recherches, n°12-01, IREGE, Université de Savoie, 20 p.

⁵ Le salaire national minimum garanti (SNMG) est de 20 000 DZD (au 21 avril 2022, 1 Dinar algérien vaut 0,0064 euro) par mois pour 40 h de travail hebdomadaire (taux horaire de 115,38 DZD) depuis avril 2021.

1.1.6. Calcul des cotisations d'assurances sociales en Algérie

Les cotisations sociales s'élèvent à 15 % réparties en parts égales (7,5 %) entre les assurances sociales et la retraite. Elles sont calculées sur la base du revenu annuel imposable ou à défaut du chiffre d'affaire, entre : 216 000 DZD minimum, 4 320 000 DZD maximum.

Les cotisations sont payées sur le salaire de poste de l'employé. Le salaire de poste correspond au salaire plafond par type d'activité, pris en compte pour le calcul des cotisations (l'appellation exacte étant "salaire soumis à cotisations"⁶)

1.1.7. Versement des cotisations auprès de la sécurité sociale

Le versement des cotisations de sécurité sociale sont incombent à l'employeur, car lors de versement de chaque rémunération, quelle que soit sa forme ou sa nature, l'employeur est tenu d'effectuer le prélèvement de la cote part du par le travailleur⁷.

Les caisses nationales de sécurité sociale mettent la date du 30 juin comme limite légale de paiement des cotisations annuelle, et le non-paiement de la totalité des dettes relatives aux cotisations principales, constaté à la date de la dernière échéance due, entraîne la perte du droit à l'exonération des majorations et pénalités de retard.

Les cotisations de sécurité sociale font l'objet d'un versement unique, par l'employeur, à l'organisme de la sécurité sociale dont il relève territorialement :

- Dans les quinze (15) premiers jours qui suivent l'échéance de chaque trimestre civil si l'employeur occupe plus de dix (10) travailleurs.
- Dans les quinze (15) premiers jours qui suivent l'échéance de chaque mois, si l'employeur occupe plus de neuf (9) travailleurs.

Les cotisations sociales à la charge des non-salariés font l'objet d'un versement annuel par les intéressés dans les conditions fixées par voie réglementaire.

1.1.8. Pénalités du au retard ou non remboursement des cotisations

Lorsque les obligations n'ont pas été respectées et lorsque les pénalités, prononcées par l'organisme de sécurité sociale, n'ont pu être acquittées dans un délai de trois mois à compter de leur notification, l'organisme de sécurité sociale peut saisir le tribunal qui ordonne le paiement des sommes dues et prononce une amende de cinq cents dinars (500 DA) à cinq mille dinars (5.000 DA)⁸.

⁶ La loi 90-11 relative aux relations de travail.

⁷ Art 17 et 18 de la loi 83/14 relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale, journal officiel n° du 5/07/1983.

⁸ Art 41 de la loi 83/11.

En cas d'infraction aux dispositions de la loi 83/11, l'employeur qui a retenu indûment, par devers lui, la quote-part de cotisation du travailleur, est puni d'une amende de cinq cents dinars (500 DA) par travailleur. En cas de récidive, une peine de prison de quinze (15) Jours à deux (2) mots peut être prononcée, sana préjudice d'une amende qui peut s'élever au double de celle prévue à l'alinéa précédent.

Le défaut de versement des cotisations de sécurité sociale donne lieu à une majoration de 0,15% par jour de retard, arrêté à la date du versement de la cotisation principale due.

Avec la pandémie de corona virus Covid 19, l'Etat algérien a mis en place des mesures exceptionnelles au profit des employeurs et des personnes non salariées exerçant une activité pour leur propre compte, redevables en matière de cotisations de Sécurité sociale, dans le cadre des efforts de l'État dans la prise en charge des effets économiques de la pandémie de Covid-19 et l'accompagnement des opérateurs économiques dans la relance de l'économie nationale, en matière de paiement des cotisations, d'exonération des majorations et pénalités de retard et de préservation de l'emploi.

Comme porté dans ce décret, les employeurs et les personnes non salariées exerçant une activité pour leur propre compte, redevables en matière de cotisations de sécurité sociale, peuvent bénéficier d'un échéancier de paiement de ces cotisations avec exonération des majorations et pénalités de retard, à l'issue du versement de la dernière échéance due⁹.

Les dispositions relatives à l'exonération des majorations et pénalités de retard sont applicables jusqu'au 31 janvier 2022 aux employeurs et aux personnes non salariées exerçant une activité pour leur propre compte qui s'acquittent de la totalité des cotisations principales antérieures en une seule fois ou ceux qui sont en cours de paiement par échéancier accordé avant la date de publication de la présente ordonnance.

Par ailleurs, annonce l'ordonnance, les avantages accordés aux employeurs ayant bénéficié de l'abattement de la quote-part patronale de cotisations de Sécurité sociale dans le cadre des mesures d'encouragement et d'appui à la promotion de l'emploi, prévues par la législation et la réglementation en vigueur, sont rétablies pour les périodes restantes de

⁹Art 2 de l'ordonnance n°21-12 du 25 août 2021 relative aux mesures exceptionnelles au profit des employeurs et des personnes non salariées exerçant une activité pour leur propre compte, redevables en matière de cotisations de Sécurité sociale, publiée au Journal officiel n°65 du 26/08/2021.

l'avantage, pour les employeurs ayant perdu le droit au bénéfice de l'abattement à la suite du non-respect de paiement des cotisations dans les délais fixés, sous réserve de paiement de la totalité des cotisations dues au taux plein de cotisation conformément aux dispositions du décret législatif n°94-12 du 26 mai 1994 fixant le taux de cotisation de Sécurité sociale.

1.2. Contrôle des assujettis

Le contrôle de l'application de la législation et de la réglementation de sécurité sociale est effectué par des contrôleurs, agents des organismes de sécurité sociale qui prêtent serment devant le tribunal et agréés par le ministre chargé de la sécurité sociale et dament assermentés.

Chaque assujetti peut faire l'objet d'un contrôle, en tout temps et lieu de travail et pour toutes les périodes d'assujettissement, sous réserve des dispositions relatives à la prescription. Et sont tenus de présenter, aux agents de contrôle, les documents et renseignements nécessaires et fournir tous renseignements nécessaires à l'exercice du contrôle et à l'accomplissement de leur mission¹⁰.

Les agents de contrôle sont tenus au secret professionnel et ne doivent, en aucun cas, révéler les procédés et les résultats d'exploitation dont ils pourraient prendre connaissance dans l'exercice de leurs fonctions, sous peine des sanctions disciplinaires et pénales prévues en la matière.

A la fin, l'agent de contrôle établit un rapport sur le contrôle effectué, faisant ressortir les irrégularités et infractions relevées. Ce rapport est transmis à l'organisme de sécurité sociale, habilité à procéder à toute régularisation de l'assujetti ou à saisir, éventuellement, le procureur de la République.

En cas d'infraction, les organismes de sécurité sociale sont autorisés de communiquer, aux administrations compétentes, ces infractions relevées à l'occasion du contrôle.

Section 02 : Système de remboursement

Moyennant une cotisation, une mutuelle offre à ses adhérents un complément de remboursement de certains frais médicaux non couverts par la Sécurité Sociale (mutuelle santé), une protection sociale (maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès).

¹⁰ Art. 28-33 de la loi 83/11 relative aux assurances sociales.

2.1. Le remboursement des frais médicaux par la mutuelle santé en Algérie

La Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs salariés (CNAS) assure le recouvrement des cotisations de sécurité sociale, via son site de télé déclaration, pour le compte des assurances sociales (maladie, maternité, invalidité et décès) et des accidents du travail et maladies professionnelles. Les cotisations retraite sont recouvrées par la Caisse Nationale des Retraites (CNR).

Les prestations prises en charge par les caisses des organismes de la sécurité sociale donne lieu à un remboursement direct qui est versé sur le compte CCP exclusif de l'adhérent ou au logement du prestataire de service. En application de l'article 26 de la loi 11"83-11 précitée, les prestations en nature de l'assurance maternité sont remboursées sur la base de 100 des tarifs réglementaires.

Les frais relatifs à l'hospitalisation sont pris en charge dans les mêmes conditions et dans la limite de huit (08) jours.

2.1.1. Assurance maladie

Le remboursement s'effectue au taux minimum de 80% des tarifs fixés par voie réglementaire et sans limitation de durée, sauf pour les cures thermales qui sont limitées à 21 jours, ce taux est porté à 100%, notamment en cas de maladie de longue durée ou chronique énuméré au décret de loi 10, 83-11 du 02-07-83 et décret 84 /27 du 11-02-843, pour des actes importants ou en raison de la situation sociale de l'assuré, le malade a le libre choix du médecin, certaines prestations sont soumises à l'accord préalable de la caisse.

2.1.2. L'assurance maternité

Elle permet aux femmes enceintes de se faire rembourser les frais liés à leur grossesse et leur accouchement et les suites, particulièrement les frais médicaux et pharmaceutiques ainsi que les frais d'hospitalisation de la mère et de l'enfant.

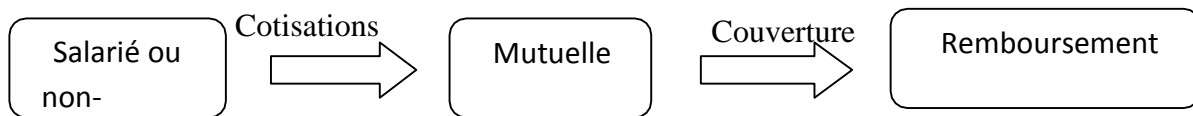
Le taux de la prise en charge des prestations en nature en matière d'assurance maternité est fixé par les dispositions de l'article 26 de la loi 83/11 du 02 juillet 1983 à 100% à savoir les frais médicaux et pharmaceutiques sont remboursés sur la base de 100% des tarifs médicaux et pharmaceutiques sont remboursés sur la base de 100% des tarifs.

2.1.3. L'assurance invalidité

Les travailleurs non-salariés se trouvant atteint d'une invalidité totale et définitive reconnue médicalement et le mettant dans l'impossibilité absolue d'exercer une profession quelconque, a le droit de bénéficier d'une pension d'invalidité. Les conditions d'ouverture de droit à l'assurance invalidité diffèrent selon le cas de droit direct (pension d'invalidité directe) ou du droit de réversion (pension d'invalidité de réversion).

Pour ouvrir droit à une pension d'invalidité sur le plan médicale le travailleur non- salarié doit se trouver atteint d'une invalidité totale et définitive le mettant dans l'impossibilité absolue de continuer à exercer sa profession¹¹.

Figure N°1 : Système de remboursement



Source : élaboré par nos soins.

NB : Les offres de prestations et le remboursement sont identiques.

2.2. Le conventionnement

Le conventionnement est un accord conclu entre une caisse de la sécurité sociale et un syndicat représentatif de praticiens en vue de fixer les tarifs médicaux et leur remboursement¹².

2.2.1. L'objectif de la convention

En Algérie, le conventionnement est un nouveau mode de régulation pour freiner la croissance rapide de ses dépenses de soins. Elle est ainsi conçue pour revoir les modalités de financement des structures publiques de soins (Hôpitaux publics), par les bailleurs de fonds (sécurité sociale), pour réguler les prix des actes médicaux sur le marché par de textes réglementaire. Il doit servir à mettre de l'ordre dans le secteur et permettre de clarifier les missions de l'ensemble de ses structures publiques et privées.

Le dispositif de conventionnement du médecin traitant vise à une meilleure organisation du recours aux soins, du suivi médical des assurés sociaux et de leurs ayants droit ainsi que le développement d'un partenariat pour la promotion de la qualité des soins, de la prévention et de la rationalisation des dépenses de santé.

¹¹ Art 03 du décret n°15-289 relatif aux modalités de service des prestations de l'assurance invalidité.

¹² Décret exécutif n°09-116 du 07 avril 2009 définissant les relations entre l'organisme de sécurité sociale et le médecin généraliste.

Il permet également de promouvoir la qualité de prise en charge des pathologies chroniques telles que l'HTA, le diabète, l'insuffisance rénale chronique...Le médecin traitant assure la coordination des soins fournis au patient en collaboration avec les autres professionnels de santé. Dans ce processus, le patient consulte en première intention son médecin traitant qui le conseillera selon sa situation et l'orientera vers un autre praticien : le médecin spécialiste, le choix du médecin traitant de l'assuré social s'applique également à ses ayants droit¹³.

2.2.2. Cas de mutuel conventionné

Si l'assuré est adhérent à une Mutuelle ayant passé une convention avec la CNAS pour le paiement pour compte du ticket modérateur, les médicaments lui seront remis gratuitement par le pharmacien.

La Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs salariés (**CNAS**) assure le recouvrement des cotisations de sécurité sociale, via son site de télé déclaration, pour le compte des assurances sociales (maladie, maternité, invalidité et décès) et des accidents du travail et maladies professionnelles.

2.2.3.Cas de mutuelle non conventionnée

Si l'assuré est adhérent à une Mutuelle non conventionnée, le volet de décompte lui permettant de faire ses droits auprès de la mutuelle sera remis par son centre de paiement. Les frais remboursés à l'assuré par son centre de paiement Sont remboursés directement à l'assuré par le centre de paiement dont il relève.

Les honoraires des actes médicaux portés sur la feuille de soins que le pharmacien aura en même temps que l'ordonnance. Les produits pharmaceutiques achetés dans une officine pharmaceutique autre que celle auprès de laquelle l'assuré est domicilié.

2.3. Les procédures de remboursement

La mutuelle rembourse selon le mode de paiement convenu, avec l'accord préalable de la CNAS. A la Caisse mutuelle d'Algérie (CMA), le barème est plafonné pour le salarié et les personnes à sa charge (enfants et ascendants).

2.3.1. Au taux de 80%

Ce taux s'applique aux tarifs fixé par voie réglementaire. Cette dernière est actuellement représentée par notamment l'arrêté interministériel du 04 juillet 1987 fixant la valeur monétaire des lettres clefs aux actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux, et l'arrêté interministériel du 22 octobre 1988 portant fixation forfaitaire

¹³ TADJINE Rachid, « Guide de la sécurité sociale », Edition Dahlab, 1998, p 16.

du prix de séjour d'hospitalisation, des prestations d'hôtellerie et de restauration dans des cliniques privées et du tarif remboursable par la sécurité sociale. Le même pourcentage (80%) s'applique aux cures thermales et spécialisées ainsi qu'aux produits pharmaceutiques¹⁴.

2.3.2. Au taux de 100%

Ce taux s'applique dans des conditions bien définies :

- Lorsque les frais engagés par l'assuré ou ses ayants droits de tout acte ou série d'actes affectés à la nomenclature des actes professionnels d'un coefficient égale ou supérieur à K.50.
- Lorsque le bénéficiaire est reconnu atteint de l'une des affections suivantes :
 - La tuberculose sous toutes ses formes.
 - Les psychonévroses graves.
 - Les maladies cancéreuses.
 - Les hémopathies, la sarcoïdose.
 - L'hypertension artérielle maligne.
 - Les maladies cardiaques et vasculaires comme angine de poitrine, infarctus du myocarde, pontage aorte-coronarien, maladies athéromateuses évoluées, artérite des membres inférieurs, accident vasculaire cérébrale, méningé ou cérébro-méningé, trouble du rythme avec stimulateur.
 - Enfin les maladies neurologiques et les maladies musculaires ou neuromusculaires suivantes : sclérose en plaques, syndromes extra-pyran, paraplégies, hémiparalysies, épilepsies du lobe temporal, myocloniques progressives et post-traumatiques, polynévrites, amyotrophies spirales progressives, myopathies, myasthénie.

Depuis 1987, les tarifs de remboursement des actes médicaux et des prix de séjour en clinique privée n'ont pas été revalorisés, alors que les tarifs utilisés par les praticiens sont en moyenne multipliés par quatre. Cette situation permet de rétablir progressivement l'équilibre de la branche, mais engendre une réduction de l'accessibilité aux soins notamment pour les couches les plus défavorisées de la population, c'est pour cela la non revalorisation des tarifs de référence des caisses d'assurance sociale risque d'aggraver durablement l'état sanitaire des populations par dissuasion à se soigner à court terme, et apparition de pathologie plus lourde à moyen et à long terme¹⁵.

¹⁴ Article 59 de la loi N°83-11 du 02-07-1983 relative aux assurances sociales ; article 04 du décret N°84 -27 du 11-02-1984 fixant les modalités d'application du titre II de la loi N°83-11 du 02-07-1983 relative aux assurances sociales.

¹⁵ DJAMEL A., « Revue algérienne au travail », L'institut National Du Travail ; in revue algérienne du Travail 1ers trimestre 2002, page 29.

2.3.3. Remboursement des soins dentaires

Dans ce contexte, une prise en charge est importante, comme c'est le cas dans certaines entreprises où les soins dentaires sont couverts. La Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS) offre des prestations qui permettent de bénéficier d'une prise en charge des frais de soins de santé, de pose de prothèses dentaires et d'orthopédie maxillo-faciale.

L'assuré demande le remboursement à sa caisse d'affiliation, en présentant une feuille de soins remplie par le médecin, sauf dans le cas où il a affaire à un médecin, une officine pharmaceutique ou un établissement de soins ayant passé une convention permettant de bénéficier du tiers payant (dispense d'avance des frais).

Par ailleurs, certaines entreprises signent des conventions avec une mutuelle et le remboursement se fait avec l'accord de la CNAS. Une fois la convention signée, une ponction sur salaire est effectuée chaque fin de mois. L'entreprise envoie le chèque des cotisations à la mutuelle en plus d'un bordereau de remboursement.

La partie dite « normale » comprend les soins dentaires et l'hygiène, dont le montant n'est pas élevé. Un formulaire de la mutuelle est rempli et le remboursement se fait directement. Quand la facture des soins est « élevée » et comprend des prothèses, la chirurgie ou l'implant, la CNAS doit donner son accord pour le remboursement. Dans les deux cas, le mode de paiement se fait par chèque ou virement direct. C'est le cas pour « El Karama ».

2.3.4. Remboursement des soins dépensés à l'étranger

Les prestations ne peuvent être servies à l'étranger conformément à l'article 8.3 de la loi 83-11. Toutefois, les frais engagés pour des soins reçus à l'occasion d'un séjour temporaire à l'étranger (congrès payés, stages et missions de courte durée) ainsi que les médicaments prescrits en Algérie et achetés à l'étranger, parce que non disponibles sur le marché intérieur, sont remboursés en Algérie aux conditions et taux (taux de remboursement et taux de change) prévus par la réglementation en vigueur¹⁶.

Dans ce cas, le montant du remboursement ne saurait excéder 'celui qu'aurait obtenu l'assuré si les soins avaient été dispensés en Algérie.

¹⁶ Articles 8 et 9 de la loi 83/11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales modifiés et complétés respectivement par les articles 4 et 5 de l'ordonnance 96/17 du 06/07/1996.

2.4. Système du tiers payant

Les caisses nationales de couverture s'efforcent de faire éviter à l'assuré l'avance des frais grâce au développement du système du tiers payant¹⁷ (conventions avec des pharmaciens, médecins, cliniques privées, centre d'hémodialyse, entreprise de transport sanitaire, établissement de cures thermales etc...). Les soins dispensés par les structures sanitaires publiques sont gratuits, ils sont financés par l'Etat et un forfait annuel que verse la sécurité sociale appelé « forfait hôpitaux ».

Le tiers payant dispense l'assuré de l'avance des frais (totalité ou ticket modérateur/reste à charge) délivrés dans un établissement conventionné avec la CASNOS.

Les prestations prises en charge par le biais du tiers payant sont :

- Les produits pharmaceutiques inscrits dans la liste des produits remboursables tous les assurés sociaux ainsi que leurs ayants droit non atteints de maladies chroniques peuvent bénéficier du système de conventionnement avec les pharmacies privées avec la carte CHIFA
- En plus de la carte CHIFA, ce système fonctionne avec des attestations provisoires délivrées aux malades chroniques et aux retraités cités plus haut dont les cartes CHIFA sont en cours de traitement.

2.4.1. La carte Chifa

Le système du tiers payant est en voie de généralisation grâce à la mise en place de la carte Chifa (équivalent de la « Carte vitale » en France), carte électronique qui remplace la carte papier. C'est la CNAS qui assure le financement de sa mise en place¹⁸.

¹⁷ Le système du tiers payant est une possibilité offerte à l'assuré pouvant en bénéficier pour lui éviter d'avoir à faire l'avance des frais Toutefois il ne revêt aucun caractère obligatoire et l'assuré qui ne veut pas en faire l'avance des frais.

¹⁸ PERRET Cécile, « Les évolutions du système de protection sociale en Algérie », Notes de Recherches, n°12- 01, IREGÉ, Université de Savoie, P13.

La carte chifa, introduite en 2007, est utilisée dans la gestion des activités de la CNAS, dont l'un des objectifs arrêtés est de permettre la facilitation des procédures de remboursement et une meilleure traçabilité des dépenses, notamment en matière de l'assurance maladie¹⁹. Pour cet effet, plus de 12 millions de cartes chifa sont distribuées aux assurés sociaux durant la période allant de 2007 à 2017.

Les assurés sociaux et leurs ayants-droit ne déboursent ainsi que 20% des frais de médicaments (par rapport au tarif de référence) auprès de n'importe quelle officine pharmaceutique conventionnée avec la CNAS. La carte Chifa, destinée initialement à certaines catégories de la société telles que les retraités et les personnes souffrant de maladies chroniques et à faibles revenus, est donc élargie à l'ensemble des assurés sociaux.

2.4.2. La chirurgie cardio-vasculaire

Pour la prise en charge en matière d'Hémodialyse et de Cardio Vasculaire, durant ces dernières années la CASNOS a signé plusieurs conventions avec des cliniques privées pour la prise en charge de ses assurés sociaux ainsi que leurs ayants droit qui présentent une insuffisance rénale, en leur assurant le traitement d'hémodialyse ainsi que le traitement de l'anémie lors des séances d'hémodialyse à raison de trois séances par semaine.

2.4.3. Les cures thermales en relation avec une pathologie

La CASNOS et les entreprises de gestion touristique (E.G.T) ont passé des conventions couvrant plusieurs stations thermales à savoir : hammam Righa, hammam chellala, hammam guergour, hammam salihines, hammam bouhrara, hammam bouhdjar, hammam bouhanifia, hammam Righa ainsi que le centre de thalassothérapie et rééducation fonctionnelle de sidi Fredj. Les frais de séjour et des soins applicables sont fixés forfaitairement par station.

L'appareillage lorsqu'il est fourni par l'Organisme Public d'Appareillage (ONAAPH) :

Un nouvel avenant pour la prise en charge d'appareillages et accessoires pour les personnes aux besoins spécifiques a été signé en mois de novembre 2014 au siège du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la sécurité sociale, entre la Caisse Nationale des non- salariés CASNOS et l'Office National d'Appareillages et d'Accessoires pour Personnes Handicapées (ONAAPH).

Cet avenant avait pour objet de fixer la nouvelle tarification des produits d'appareillages orthopédiques, des Aides Techniques à la Marche, des Aides Auditives et des moyens d'Aides Techniques Sanitaires, figurant à la nomenclature générale de l'appareillage.

¹⁹ Nouredine DIB, Mohamed BENGUERNA, Nature et contenu d'une innovation de gestion. Cas : la carte CHIFA, les Cahiers du C.read, vol. 35 - n° 01 – 2019, p26.

Bénéficient des produits fournis, les assurés sociaux et leurs ayants droit, nécessitant un appareillage et remplissant les conditions d'ouverture des droits prévus par la réglementation en vigueur ; 282 personnes au 17 septembre 2017 ont bénéficiés des appareillages

2.4.4. Le transport sanitaire

Ce conventionnement a pour but la prise en charge des frais de transport sanitaire des assurés sociaux et leurs ayants droit et dans le cas échéant les accompagnateurs qui effectuent des séances d'hémodialyse et de rééducations.

Ce transport assure aux malades le trajet du domicile à la clinique et de la clinique au domicile à la fin de la séance.

Le remboursement des séjours pour convalescence, des frais d'appareillage et de prothèse de grande importance est soumis à un accord préalable de la CASNOS.

En cas d'hospitalisation dans les structures sanitaires publiques, les frais de séjour et de soins sont en pris en charge sur la base des conventions conclues entre la CASNOS et les établissements concernés.

Certains actes chirurgicaux en cardiologie ainsi que l'hémodialyse peuvent être pris en charge dans des cliniques privées conventionnées avec la CASNOS.

2.5. Mode de remboursement

La mutuelle rembourse selon le mode de paiement convenu, avec l'accord préalable de la CNAS. A la Caisse mutuelle d'Algérie (CMA), le barème est plafonné pour le salarié et les personnes à sa charge (enfants et ascendants).

Les offres de prestations et les procédures de remboursement sont identiques.

Les taux de remboursement ; Les remboursements se font selon des taux et des tarifs fixés par la réglementation, toutefois ils couvrent les différents risques auxquels les assurés sont exposés.

2.5.1. Ticket modérateur

On parle du ticket modérateur lorsque les remboursements ne sont pas pris en charge à 100%, le ticket modérateur peut être défini comme étant : « le différentiel entre le montant des soins et celui des remboursements »²⁰.

²⁰ Nouredine DIB, Mohamed BENGUERNA, Nature et contenu d'une innovation de gestion. Cas : la carte CHIFA, les Cahiers du C.read, vol. 35 - n° 01 – 2019, p26.

Le ticket modérateur est le nom donné à la partie du coût des frais d'hospitalisation ou de maladie qui dans les rapports entre le malade et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie reste à la charge de l'assuré. La participation de ce dernier peut être couverte par la souscription volontaire d'une assurance complémentaire auprès d'un organisme privé, mutualiste ou non, pratiquant ce genre d'opération. Les organismes de la Sécurité Sociale procèdent à des calculs basés sur le « Tarif de Convention ». Par ailleurs, ce dernier possède un taux différent selon la nature de la prestation du soin dont on a bénéficié. Le « ticket modérateur » constitue la somme qui demeure à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance santé, et représente ainsi la différence entre la totalité de la somme déboursée pour le soin en question et le Tarif de Convention.

Exemple : quelqu'un qui achète au prix de 2000 da, le taux de remboursement de ce derniers est de 80% cette personne aura a assumé un ticket modérateur de : $(2000 - (2000 \times 80\%)) = 400DA$.

Section 03 Les indemnités journalières assurance maladie

Le travailleur se trouvant dans l'incapacité physique et mentale, constatée médicalement de continuer ou de reprendre son travail, a droit à une indemnité journalière.

Ainsi, toute maladie d'un travailleur, susceptible d'ouvrir droit à une Indemnité journalière, doit être portée à la connaissance de l'organisme de sécurité sociale, sauf cas de force majeure, dans un délai fixé par voie réglementaire²¹.

3.1. Conditions d'ouverture des droits de l'assurance maladie

Pour bénéficier des indemnités journalières pendant les six premiers mois, L'assuré doit satisfaire à la double condition suivante²² :

Avoir travaillé pendant au moins 9 jours au cours du trimestre précédant l'arrêt de travail (ou 36 jours au cours des 12 mois) ou la date des soins dont le remboursement est demandé.

Avoir travaillé pendant au moins. 36 jours au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail ou 108 jours au cours des trois années qui ont précédé l'arrêt, de travail.

Dans les deux cas, l'assuré ne doit pas se trouver au moment de l'arrêt de travail, dans l'une des situations de cessation ou de suspension de la relation de travail prévue par la réglementation en vigueur autres que celles envisagées à l'article 58 de la Loi 83-11 du 02 juillet 1983.

²¹ Art. 18 de la loi n°83/11 relatives aux assurances sociales, p 1200

²²Article 52, idem.

3.1. Durée d'indemnité journalière

L'indemnité journalière est maintenue en tout ou en partie, pendant une durée fixée par l'organisme de sécurité sociale.

Toutefois, cette durée ne peut excéder, d'un (1) an, le délai de trois (9) ans prévu é l'article 18 de la présente loi, et en dans Sa II une du salaire pentu antérieurement.

3.1.1. En cas des prestations en nature

Pour bénéficier des prestations en nature et des indemnités journalières de l'assurance maladie pendant les 6 premiers mois, l'assuré doit avoir travaillé au moins :

- 15 jours (ou 100 heures) au cours du trimestre civil précédant la date des soins, ou 60 jours (ou 400 heures) au cours des 12 mois précédant la date des soins.

Pour pouvoir prétendre aux indemnités journalières au-delà des 6 premiers mois, l'assuré doit avoir travaillé pendant au moins :

- 60 jours ou 400 heures au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail, ou pendant au moins 180 jours au cours des 3 années qui ont précédé l'arrêt de travail.

3.1.2. Cas d'affection de longue durée

En cas d'affection de longue durée, ou d'affection entraînant une interruption de travail ou nécessitant des soins continus pendant une période supérieure à six (6) mois, l'organisme de sécurité sociale doit faire procéder, périodiquement, à un examen médical du bénéficiaire, en vue de déterminer, conjointement avec le médecin traitant, le traitement que l'intéressé doit suivre les soins, il est ouvert un nouveau délai de trois ans es l'instant ou ladite reprise e été d'au moins un an²³.

3.1.3. Cas d'assurances maternité

Section Conditions d'ouverture des droits

La durée du travail exigée pour l'ouverture des droits est égale à :

- Prestations en nature : 9 jours au cours des trois mois de date à date ou 36 jours au cours des 12 mois précédant la date des prestations en nature dont le remboursement est demandée.
- Prestations en espèce 9 jours au cours des trois miels de date a date ou 36 jours au cour des 12 mois précédant la date de la première constatation médicale de la grossesse.

²³ Art 19 de la loi 83/11 relative aux assurances sociales.

Par ailleurs, pour le bénéfice des indemnités journalières, l'assuré ne doit pas avoir cessé son travail pour les motifs autres que ceux indemnisés par la sécurité sociale pendant la période comprise entre la date de la constatation médicale de la grossesse et la date de l'accouchement²⁴.

3.1.4. Délai de déclaration de l'arrêt de travail

L'arrêté du 13 février 1984 fixe à deux jours ouvrables le délai de déclaration de l'arrêt de travail par l'assuré à l'organisme de sécurité sociale. Ce délai est porté à sept jours ouvrables lorsque les dossiers sont déposés par un correspondant agréé par l'organisme de sécurité sociale ; le travailleur restant tenu, à l'égard du correspondant, par le délai de deux jours ouvrables.

Toutefois, ce délai ne comprend pas le Jour de prescription par le médecin de l'arrêt de travail.

Exemple : Un arrêt de travail ordonné à partir d'un mercredi doit être déclaré au plus tard le samedi en fin de journée (le délai de deux jours ouvrables étant constitué par le jeudi et le samedi).

3.2. Le montant des indemnités journalières

Le montant des indemnités journalières est égal à :

- 50 % du salaire journalier après déduction des cotisations et de l'impôt IRG (impôt sur le revenu global) pour les 15 premiers jours de l'arrêt de travail,
- 100 % dès le 1er jour en cas d'hospitalisation ou d'affection de longue durée,
- 100 % du salaire de référence à partir du 16e jour d'arrêt de travail.

L'indemnité journalière est due pour chaque jour d'arrêt de travail ouvrable ou non ; elle ne peut pas être inférieure à 1/30e du salaire perçu antérieurement et pris en compte pour le calcul des cotisations.

Les indemnités journalières sont versées pendant une durée maximale de 3 ans.
Indemnités journalières maternité.

En cas de cessation d'assujettissement, le droit aux prestations en nature est maintenu pendant :

- 3 mois pour le travailleur qui justifie de 30 jours ou 200 heures de travail au cours de l'année précédant la date de cessation d'activité.

²⁴ Art 32 du décret n°84-27

- 6 mois pour le travailleur qui justifie de 60 jours ou 400 heures de travail au cours de l'année précédant la date de cessation d'activité.
- 12 mois pour le travailleur qui justifie de 120 jours ou 800 heures de travail au cours de l'année précédant la cessation d'activité.

3.4.1. Taux de prise en charge

Les taux de prise en charge des indemnités journalières ainsi que les durées pendant lesquelles elles sont susceptibles d'être servies.

Du premier au quinzième jour d'arrêt de travail, les indemnités journalières sont payées à 50% du salaire de référence ; à compter du seizième Jour, le taux de prise en charge est porté à 100% de ce même salaire²⁵.

Exemple : Un arrêt de travail de 20 jours donne droit à des indemnités journalières au taux de 50% pendant les quinze premiers jours et de 100% pendant les cinq jours suivants.

La prise en charge à compter du premier jour d'arrêt de travail des indemnités journalières au taux de 100% intervient dans les cas suivants :

- À compter du 16^e jour qui suit l'arrêt du travail.
- En cas d'hospitalisation dans les structures publiques de soins lésé si celle-ci cesse avant la fin de la période de 15 jours d'arrêt de travail - lorsque le travailleur est atteint d'une des affections de longue durée dont la liste est fixée par l'article 21 du Décret n° 84-27 du 11 Février 1984.

3.4.2. Assiette des indemnités journalières

Le montant des Indemnités journalières est calculé par référence au salaire mensuel soumis à cotisation après déduction de l'impôt et des cotisations de sécurité sociale.

Il y a lieu de préciser que le salaire servant de base au calcul des cotisations et des prestations est celui défini l'article 81 de la loi 90-11 relative aux relations de travail :

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, le salaire pu 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.

²⁵ Articles 14, 16 et 17 de la loi relative aux assurances sociales précisent.

Le gain, journalier est déterminé après les salaires nets perçus au cours de la période de référence.

3.4.3. Périodes de référence

Les salaires nets de référence sont ceux perçus par l'assuré avant son arrêt de travail.

3.4.3.1. Période de référence complète

Le salaire journalier pris en compte pour le calcul de l'indemnité journalière est égal à :

- $1/30^{\text{ème}}$ du salaire net de la dernière paye mensuelle.
- $1/30^{\text{ème}}$ du salaire net des deux dernières payes, en cas de paye à la quinzaine.
- $1/30^{\text{ème}}$ du salaire net des 30 dernières payes, en cas de paye à la journée.
- $1/28^{\text{ème}}$ du salaire net des quatre (4) dernières payes, en cas de paye à la semaine.

3.4.3.2. Période de référence incomplète

Le salaire à prendre en considération est celui que l'assuré aurait perçu s'il avait travaillé normalement, pendant la période de référence antérieure à la cessation effective de son travail, lorsqu'au moment de l'interruption de travail il a travaillé moins d'un mois, ou de vingt-huit jours et ne peut justifier de payes complètes :

- Soit parce qu'il a été récemment immatriculé.
- Soit parce qu'il a repris une activité salariée depuis une courte durée à la suite d'une cessation de travail salarié.
- Soit par suite de maladie antérieure d'accident ou maternité.
- Soit en raison de la fermeture de l'établissement à la disposition duquel il est resté.
- Soit en cas de congé, non payé (à l'exclusion des absences autorisées).
- Soit en cas de service national ou de mobilisation générale.
- Soit parce qu'il est bénéficiaire d'une indemnité de changement d'emploi pour silicose et s'est effectivement trouvé sans emploi au cours de la période à considérer.

Il convient d'appliquer la même méthode de calcul lorsque la période de référence comprend une période de grève :

- Soit parce qu'il a été récemment immatriculé.
- Soit parce qu'il a repris une activité salariée depuis une courte durée à la suite d'une cessation de travail salarié
- Soit par suite de maladie antérieure d'accident ou maternité

- Soit en cas de congé non payé (à l'exclusion des absences autorisées) ;
- Soit en raison de la fermeture de l'établissement à la disposition duquel il est resté ;
- Soit en cas de service national ou de mobilisation générale ;
- Soit parce qu'il est bénéficiaire d'une indemnité de changement d'emploi pour silicose et s'est effectivement trouvé sans emploi au cours de la période à considérer.

3.5 Revalorisation et cumul de l'indemnité journalière

3.5.1 Revalorisation et cumul de l'indemnité journalière

Les indemnités journalières sont revalorisées en fonction de l'évolution du salaire de poste du travailleur.

Le montant de l'indemnité journalière est revalorisé en fonction de l'évolution, du salaire soumis à cotisation du travailleur concerné.

En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'ouverture du droit au bénéfice des prestations en espèces de l'assurance maladie et en cas d'augmentation des salaires résultant de l'application d'une convention collective, il y a lieu de déterminer le nouveau montant de l'indemnité journalière sur la base du salaire prévu pour la catégorie professionnelle à laquelle appartient le travailleur²⁶.

La revalorisation du montant de l'indemnité journalière est appliquée pour les arrêts de travail supérieurs à quinze (15) jours.

3.5.2 Cumul des indemnités journalières

3.5.1.1. Règles de cumul avec les indemnités journalières de l'assurance maternité

L'indemnité journalière de l'assurance maladie ne peut pas se cumuler avec celle attribuée au titre de l'assurance maternité²⁷.

3.5.1.2. Avec les indemnités journalières dues aux accidents du travail

L'indemnité journalière de l'assurance maladie ne peut pas se cumuler avec celle attribuée, en application de la loi n° 83-13 du 02/07/19 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles²⁸.

²⁶ Art 21 de la loi 83/11 relative aux assurances sociales.

²⁷ Art 71 de la Loi n° 83-11 du 02/07/1983.

²⁸ Art 71 de la loi n° 83-11 idem.

Lorsqu'au cours d'une période d'arrêt de travail dû à un accident du travail intervient une maladie susceptible d'entraîner elle-même un arrêt de travail, l'indemnité journalière de l'assurance maladie est servie seulement à partir du jour de la consolidation de la blessure.

En cas de maladie survenant au cours de la période où l'intéressé bénéficie d'une rente, les indemnités journalières de l'assurance maladie, sont dues si les conditions d'attribution des prestations sont remplies.

3.5.1.3. Avec la pension d'invalidité

Le cumul de l'indemnité journalière de l'assurance maladie avec la pension d'invalidité de la première catégorie est autorisé dans la limite du salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle que le titulaire de la pension d'invalidité.

3.5.1.4. Avec la pension de retraite substituée à une pension d'invalidité

Le cumul de l'indemnité journalière de l'assurance maladie avec une pension de retraite substituée à une pension d'invalidité de la première catégorie est admis dans la limite du salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle que le titulaire de la pension d'invalidité transformée en pension de retraite.

3.5.1.5. Avec les cures thermales ou spécialisées

Les indemnités journalières ne sont pas servies en cas admission dans un établissement de cure thermique ou spécialisé, sauf si le travailleur bénéficiait déjà de ces indemnités au titre de l'assurance maladie ou des accidents du travail et des maladies professionnelles et ce, dans les conditions prévues par l'article 23 du décret N°84-27 du 11 Février 1984.

3.5.1.6. Cas particuliers des maladies intervenant au cours d'une période d'interruption de travail

Plusieurs situations se présentent

- Lorsqu'une maladie survient au cours d'une période de fermeture de l'établissement employeur ou d'un congé payé, l'indemnité journalière est calculée sur le salaire net dont bénéficiait l'assuré avant l'arrêt effectif de travail.
- En cas de maladie survenant au cours d'une période de congés payés il y a lieu de se référer...au salaire précédant la date de cessation de travail.

Si l'assuré tombe malade au cours d'une période indemnisée à la suite d'un accident du

travail ou de maternité, le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière est celui dont bénéficiait l'assuré avant la date de la cessation effective du travail.

- Lorsque l'affection survient postérieurement à une période de service national et avant que l'assuré ait repris son activité, y a lieu également de se référer aux salaires nets antérieurs à l'interruption effective du travail, c'est à dire antérieurs à la date de départ au service national²⁹.

Toutefois, lorsque la prescription de repos est établie après l'expiration de la période de congés payés sans que l'assuré ait repris le travail, la période de référence est déterminée en fonction de la date de la prescription d'arrêt de travail ; le salaire correspondant aux congés est alors pris en considération.

3.5.1.7. En cas de maladies survenant au cours d'une période de congé da travail

L'indemnité prévue à l'article 15 ci-dessus est servie pendant une période d'une durée maximale de trois (3) ans, calculée dans les conditions ci-après :

- En cas d'affections de longue durée, l'indemnité journalière peut être servie pendant une période de trois (3) 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 (3) ans, dès l'instant où ladite reprise a été, au moins, d'un (1) an.
- En ces d'affections autres que les attestions de longue durée, l'indemnité journalière est servie de telle sorte que, pour une période qui conque de deux (2) années consécutives, le travailleur perçoive, au maximum, au titre d'une ou plusieurs affections, trois cents (300) indemnités Journalières.

L'Indemnité journalière est maintenue, en tout ou en partie, pendant une durée fixée par l'organisme de sécurité sociale :

- Si la reprise du travail et si le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé du travailleur.
- Si le travailleur doit faire l'objet d'une rééducation fonctionnelle ou une réadaptation professionnelle, pour recouvrer un emploi compatible avec sou état.

²⁹ Circulaire générale d'application des lois de sécurité sociale n°19 op. Cite, p 9-10.

La mutuelle sociale peut prévoir dans ses statuts la prise en charge du différentiel entre les honoraires et les tarifs des soins de santé pratiqués par les professionnels de la santé et les établissements de soins et les tarifs de référence servant de base au remboursement par la sécurité sociale, dans la limite des honoraires et des tarifs des soins de santé fixés, ou plafonnés par la législation et la réglementation en vigueur. En aucun cas, le remboursement cumulé de la sécurité sociale et de la mutuelle sociale ne saurait excéder le montant des frais réellement engagés.³⁰

Conclusion :

Comme nous venons de le suivre dans ce chapitre, le remboursement est effectué au taux de 80%, et dans des cas sont portés à 100% dans certains cas, en tenant compte notamment soit de la nature, de l'importance ou de la durée des soins exigés, soit de la qualité de titulaire d'une pension ou d'une rente de la sécurité sociale.

Malgré les taux de remboursements de l'assurance maladie, une certaine somme peut rester à la charge de l'assuré. La mutuelle santé peut rembourser une partie, voire la totalité, des dépenses de santé.

Les cotisations, sont la seule source à assurer le financement des caisses de sécurité sociale et garantir la pérennité de ce système.

³⁰ Art. 6 de la loi n° 15-02 relative aux mutuelles sociales.

Chapitre III

Amana assurance de Tizi-
Ouzou

Introduction :

Dans cette dernière partie de notre travail de recherche a pour but de présenter l'environnement dans lequel ce travail a été réalisé mais également de préciser l'aspect méthodologique.

Nous allons nous exploiter les données de recueilli au niveau d'une mutuelle et de suivre les démarches de souscription des assurés.

Section 01 : présentation de la société d'Assurance de prévoyance et de santé « Amana »

L'objectif de cette section est donc de présenter la compagnie où se déroule notre stage pratique.

1.1. Présentations de la société d'assurance « Amana »

Société par action au capital social de : 2.000.000.000 DA

Siege social : 40, chemin El Mouiz Ibn Badis (ex Poisson) El Biar, Alger.

Directeur Général M ABDI Mohand.

Directeur du bureau régional : M'Selim CHETTI.

AMANA est le fruit d'un partenariat stratégique entre :

- Le groupe mutualiste français la MACIF.
- Le leader du marché Algérien des assurances la SAA.

Deux grandes banques ont rejoint le partenariat, la Banque de Développement Local (BDL) et la Banque Algérienne de Développement Rural (BADR). Cette alliance forge la culture et l'image d'Amana : la solidarité du secteur public, la flexibilité du privé et l'expertise d'un acteur mutualiste international.

Tableau N° 2 : structure capitalistique

MACIF	SAA (Assurances)	BDL (banque de développement local)	Banque de l'agriculture
41%	34%	15%	10%

Le tableau en haut montre la part de chaque actionnaire d'AMANA assurance.

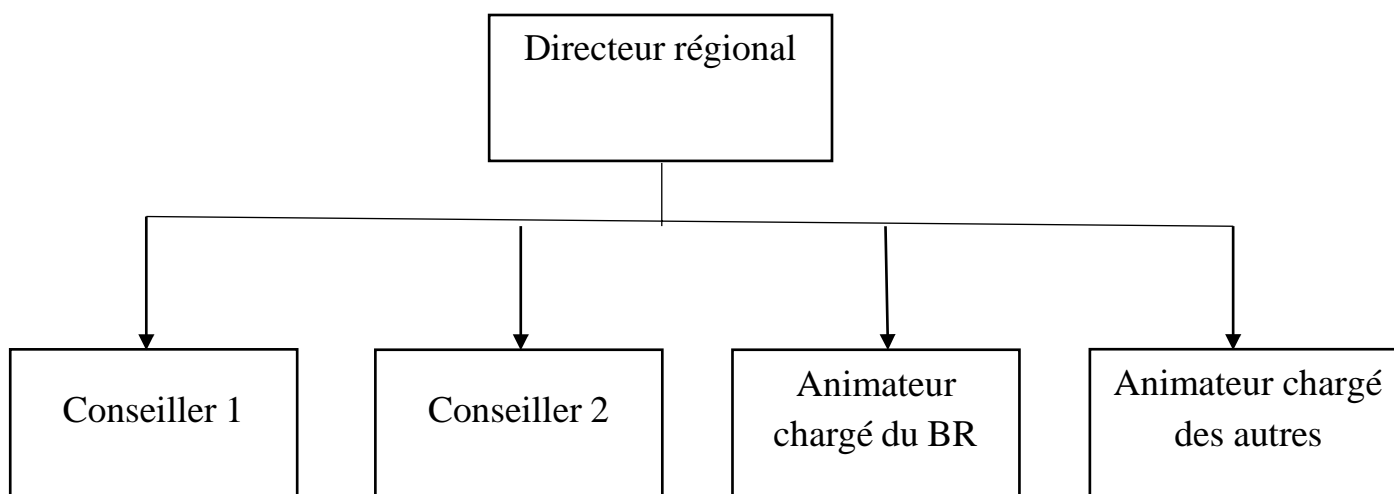
Sa création s'est faite dans le cadre de la loi 06-04 qui prévoyait la séparation de l'assurance des personnes, des assurances dommages

AMANA était la première compagnie à être agréée en date du 10 Mars 2011 par l'arrêté N°13 publié dans le journal officiel.

Dès le 01 juillet 2011 la compagnie a commencé ses activités d'assurance¹.

1.2. Présentation de l'organigramme du siège de régional de Tizi-Ouzou

Figure N° 2 : organigramme



IDDIR Neumaia la stratégie de fidélisation dans le marketing des services. Cas : AMANA UMMTO, 2016

Le directeur régional rattaché à la direction nationale des ventes, ou à la direction commerciale, a pour objectif de mettre en œuvre et de coordonner la politique commerciale de l'entreprise sur la zone géographique de Tizi-Ouzou.

Les deux conseillers sont chargés de l'accueil et la réception des clients au sein de AMANA : l'animateur chargé du BR a pour mission d'animer la promotion des partenariats, de présenter le produit aux clients de l'entreprise. L'animateur chargé des autres partenariats est chargé de la prise en charge de l'activité commerciale des partenaires.

¹ IDDIR Noussia : la stratégie de fidélisation dans le marketing des services.cas : AMANA ; UMMTO,2016, P68

1.3. Missions

AMANA a pour mission la solidarité collective, d'anticiper les événements imprévus et limiter leur impact financier, humain et social par la prévention et le conseil. Mettre en place et gérer des systèmes de mutualité et de solidarité face aux aléas naturels de la vie c'est-à-dire la gestion de la solidarité inter et intra-entreprise aussi par la protection financière la prise en charge des conséquences financières des sinistres. Mettre au service aux entreprises des dispositifs de prévoyance sociale collective. Les dispositifs de solidarités et de gestion des risques publiques et étatique, privée et collective, familiale.

1.4. Fonctionnement

Le fonctionnement des activités d'AMANA par couverture.

Tableau N° 3 : les activités d'AMANA.

Prévoyance	Social	Santé
<ul style="list-style-type: none"> • Décès toutes causes • Décès accidentel • Invalidité absolue et définitive (IAD) • Invalidité permanente partielle • Capital ou rente Education • Frais funéraires 	<ul style="list-style-type: none"> • Forfaits mariage naissance. • Circoncision • Indemnité de départ retraite • Forfait pèlerinage • Forfait scolarité (trousseau scolaire) • Forfait baccalauréat 	<ul style="list-style-type: none"> • Actes médicaux Courants (consultation généralistes spécialistes, pharmacie) • Hospitalisation, opérations et actes chirurgicaux • Accouchements (sage gynécologie, maternité) femme, • Lunetteries, dentaires et audition • Assistance : transport évacuation sanitaire, Accompagnateur, Allo santé

Source : établie par nous-même.

AMANA met à la disposition de ses adhérents un système de prestations médicales appelé « Tiers Payant » qui consiste à fournir une prise en charge dans la limite des plafonds de remboursement accordés dans le contrat d'assurance.

Aussi, elle permet aux bénéficiaires de régler le ticket modérateur directement au prestataire, qui par la suite adressera une facture à AMANA pour la partie des frais pris en charge par la couverture maladie.

1.5. Réseaux d'AMANA Assurance

Pour ce qui est des Réseaux d'AMANA Assurance nous distinguons deux catégories qui se gèrent par elle-même et ceux gérés par des banques, ils sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau N°4 : Réseaux de distribution AMANA Assurance

Réseaux	Points de vente
Réseau direct AMANA	Bureaux régionaux -Agence Didouche Alger -Agence Tizi-Ouzou -Agence Oran -Agence Tlemcen -Agence Sétif
Réseaux SAA	Plus de 294 agences
Réseau GAM	76 Agences
Réseau ALIANCE	89 Agences
Réseau BADR	100 Agences
Réseau BDL	154 Agences
Réseau TRUST	124 Agences
Agence Général Agréé	72 AGA

Source : AMANA ASSURANCE

Section 02 : généralité et différentes catégories de l'assurance santé collective

Dans cette section nous allons voir principalement qu'est-ce que l'assurance santé collective, selon les conditions particulières et générales de la mutuelle.

2.1 Généralités

2.1.1 Définition

L'assurance santé collective c'est un contrat conclu et signé entre une compagnie ou une mutuelle d'assurance santé et un employeur. Cette démarche a pour but la mise en place de garanties santé complémentaires bénéfiques à l'ensemble des salariés d'une entreprise. Et qui est représenté par un individu appelé le correspondant. Au niveau d'Amana y'a trois mode de correspondant :

- Le mode classique c'est un mode ou le correspondant vient physiquement déposer tous les dossiers des adhérents d'une entreprise.
- Le mode par mail c'est un mode à laquelle l'adhérent lui-même envoie ses doléances par mail.
- La déclaration en ligne c'est mode ou l'adhérent lui-même fait la déclaration sur la plateforme de la compagnie d'assurance avec son code.

2.1.2 Les différents types de convention de l'assurance santé collective

Assurance santé d'AMANA assurance à un seul type de convention qui est celui de la carte. La convention de la carte c'est à dire la carte peut être manipulé ou ajusté selon la demande du client.

2.1.3 Les risques exclus de l'assurance santé collective

L'assurance santé collective, elle ne couvre pas les risques certains. Les risques certains sont les risques qui sont susceptibles de se produire à tous moments ou qui sont permanent tel que le diabète, l'hypertension, une femme enceinte, à la souscription du contrat. L'assurance va garder le caractère aléatoire. Et aussi les risques suivants sont exclus :

- Les accidents résultants de Paris, de guerre étrangère, guerre civile, émeutes ou mouvement populaire, attentat, rixe (sauf cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel).

- Les accidents occasionnés directement ou indirectement par la désintégration du noyau atomique.
- Les maladies résultant d'alcoolisme, de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement, d'une tentative de suicide du fait international de l'assuré.
- Toute maladie ou infection déclarée ou non, avant l'admission dans l'assurance pouvant être considérée comme rechute ou une aggravation d'un état préexistant à moins que l'assuré n'en apporte la preuve contraire.
- Les soins donnés ou prescrits par un médecin non diplômé.
- Les soins non causés directement par une maladie ou un accident tels que Cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, traitement esthétique etc.

2.1.4 La constitution de dossier de l'assurance santé collective

Il doit contenir les pièces suivantes :

- La liste globale.
- Les bulletins d'adhésion (voir annexe n° 01).
- Les pièces d'identité.
- Les pièces d'identité bancaire.

2.1.5 Limitation de l'assurance santé

Pour ce qui est des limites de l'assurance santé collective et individuelle, elles sont définies dans les conditions particulières du contrat, elles varient d'un contrat à un autre. Pour ce qui ne sont pas définis dans les conditions particulières, ils le sont dans ce qu'on appelle les conditions générales comme les :

- Les guerres.
- Les pandémies.
- Les actes terroristes.

Tableau N° 5 : les nombres des adhérents a la santé collective

Wilaya	Entreprise	%	Adhérent	%
Les autres wilaya	2722	76.46	1674364	83.72
Wilaya de Tizi-Ouzou	838	23.54	325636	16.28
Total	3560	100	2000000	100

Source : Elaboré par nous-même.

2.2 Les catégories de l'assurance santé collective

2.2.1 La prévoyance

C'est une capitale qui est reversé aux ayant droit En cas de décès.

En plus de la prévoyance en trouve :

- L'Invalidité absolue et définitive (IAD), aussi appelée la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) est l'impossibilité pour une personne d'exercer une activité professionnelle en raison d'une perte d'autonomie. Elle est irréversible et nécessite l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante. L'IAD correspond également à l'invalidité de 3ème catégorie de la Sécurité sociale.
- L'invalidité Permanente Partielle est l'incapacité à exercer totalement une activité professionnelle suite à une maladie ou un accident, qui peut aussi être un accident du travail, dont on garde des séquelles.

La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) s'active, après une maladie ou un accident, lorsque l'assuré présente un taux d'invalidité égal ou supérieur à 33 %, tout en ne dépassant pas 66 % (puisqu'il relèverait alors de la garantie Invalidité Permanente Totale [IPT]).

Une fois l'état de santé du malade consolidé, le médecin conseil de l'Assurance maladie va pouvoir recevoir la victime et effectuer une évaluation qui tient compte de différents critères : la gravité de l'accident ou la nature de la maladie, l'état général de la personne, l'âge ainsi que les qualifications professionnelles.

Différentes en fonction des compagnies d'assurance, certaines invalidités ne sont pas prises en charge par la garantie Invalidité Permanente Partielle : par exemple, une tentative de suicide, une pathologie ne figurant pas dans le questionnaire médical, un métier ou un sport à risques...

2.2.2 Les indemnités forfaitaires

C'est une prime unique qui est négocié à l'avance entre les organismes et compagnies d'assurance. Ces derniers sont alloués à l'occasion de la survenance des événements suivants :

- Mariage.
- Naissance.
- Circoncision.
- Funérailles

2.2.3 La couverture santé

C'est toutes les dépenses de santé qui peut avoir en employé ; Les médicaments, les consultations, les analyses, les radios, les soins dentaires, la lunetterie, les prothèses, les transports sanitaires, les opérations, l'accouchement...

Section 03 : cas d'un contrat d'assurance groupe

Dans cette partie nous allons voir un cas d'assurance collective au niveau d'AMANA assurance Tizi-Ouzou.

3.1. Caractéristique du risque assuré

Effet du contrat : du 01/01/2020 au 31/12/2020.

Effectif assuré à la souscription : 352 Salariés en activité.

Adhésion obligatoire.

3.2. Loi régissant la police d'assurance

La présente police d'assurance de groupe est régie par l'Ordonnance N 95/07 du 25.01.1995 modifiée et complétée par la loi N° 06-04 du 20.02.2006 relative aux Assurances ainsi que par les dispositions du code civil.

3.3. Objet de l'assurance

Cette assurance a pour objet de couvrir le personnel de l'effectivement au travail et ayant adhéré à la police en remplissant et en signant le bulletin d'adhésion et en payant la prime d'assurance correspondante aux garanties o-après accordées conformément aux conditions particulières de la présente police contre les risques suivants :

- Décès et Invalidité Absolue Définitive.
- Incapacité Permanente Partielle.
- Indemnités Forfaitaires.
- Maladie et soins annexes.

3.4. Définition et montants des garanties accordées

3.4.1. Garantie principale

3.4.1.1 Décès

En cas de décès toutes causes d'un adhérent, il sera versé Aux) bénéficiaire(s) désigne(s) dans le Bulletin d'adhésion, un capital décès fixé à CENT MILLE DINARS (100.000,00 DA).

3.4.1.2 Invalidité absolue et définitive (I.A.D)

En cas de maladie ou accident entraînant une Invalidité Absolue et Définitive ou une incapacité Permanente et Totale telle que définies par la sécurité sociale pour les invalides de la 3 catégorie, il sera versé à l'adhérent ou à son représentant légal un capital égal au capital prévu dans la garantie décès L'invalidité Absolue et Définitive (I.A.D) ou l'incapacité Permanente et Totale (I.P.T).

Résultant d'un accident couvert est celle qui entraîne la perte de l'usage soit, des membres supérieurs ou inférieurs soit, la perte de vision des deux (02) yeux.

Les montants fixés au titre de la garantie Décès - Invalidité Absolue et Définitive (LAD) ou l'incapacité Permanente et Totale (IPT) ne sont pas cumulables entre eux, un seul capital est versé lors de la réalisation de l'un des événements ci-dessus.

3.5. Garanties complémentaires

3.5.1. Invalidité permanente partielle (IPP)

En cas d'Incapacité Permanente Partielle de l'assuré par suite de maladie ou d'accidents, c'est-à-dire réduisant sa capacité de tirer un revenu de son travail et classé dans la première catégorie des invalides au sens de la sécurité sociale, AMANA » verse un capital égal au capital prévu dans la garantie décès. Il est réduit dans les proportions fixées au barème d'invalidité prévu, avec une franchise relative de 15 %.

Aucun capital n'est servi si le taux d'invalidité est inférieur ou égal à 15 %.

3.5.2. Indemnités forfaitaires

Des indemnités forfaitaires sont allouées à l'occasion de la survenance d'un événement ci-après :

➤ **Forfait Mariage**

En cas de mariage de l'assuré, il lui sera versé une indemnité de 4.000 DA sur présentation d'une pièce d'état civil.

➤ **Forfait Naissance**

Une indemnité d'un montant de 4.000 DA est versée à l'assuré en cas de naissance sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.

➤ **Forfait Circoncision**

En cas de circoncision d'un enfant de l'assuré, il est versé un forfait d'un montant de 4.000 DA sur présentation d'un certificat médical de circoncision.

➤ **Frais Funéraires**

En cas de décès d'un prestataire autre que l'assuré, il lui sera versé un forfait sur présentation d'un acte de décès, fixé comme suit :

- Décès du conjoint de l'assuré 4.000 DA.

- Décès d'un ascendant à la charge de l'assuré au sens de la sécurité sociale 4.000 DA.
- Décès d'un enfant à la charge de l'assuré au sens de la sécurité sociale : 4.000 DA.

3.6. Maladies et soins annexes

On entend par Maladie, toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente touchant l'adhérent lui-même ou un des prestataires définis comme suit :

- a) - L'assuré.
- b) - Le conjoint de l'assuré, non salarié.
- c) - Les enfants à charge de l'assuré au sens de la sécurité sociale.
- d) - Les ascendants directs de l'assuré (père et mère) à la charge exclusive de l'assuré au sens de la sécurité sociale.

AMANA garantit le remboursement d'un complément de tous les frais médicaux et pharmaceutiques qui ont fait l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale.

Le remboursement est effectué sur la base du barème suivant :

**Tableau N°6 : BAREME DES REMBOURSEMENTS DES FRAIS MEDICAUX
PHARMACEUTIQUES ET SOINS ANNEXES**

NATURE DES FRAIS GRANTIS		LES LIMITES DE
Sur présentation de pièces justificatif.		GARANTIES
Pharmacie	Vignettes verte 20% en complément du remboursement CNAS	Tarif de référence
Soins médicaux	Consultation Généraliste	400 DA /acte
	Consultation Spécialiste	600 DA/acte

	Consultation Professeur	800 DA/actes
Sagefemme et gynécologie	Consultation. Visite à domicile. Visite de Nuit & Jours fériés.	400 DA /acte 100 DA/acte 700DA/acte
Maternité	Consultations pré et post natales Échographie de grossesse. Accouchement normal Accouchement avec césarienne Frais de séjour en clinique	600DA/acte 1000DA/acte 10000DA/bénéficiaire/an 15000DA/bénéficiaire/an 8000DA/bénéficiaire/an
Actes médicaux de pratique courante	Petite chirurgie Actes pratiqués par des infirmières (e)s diplomate-(e)s-ami Actes pratiqués par un Kinésithérapeute sur ordre du médecin-AMM-	20.000 DA/bénéficiaire/an 500DA/bénéficiaire/an 20 000 DA/bénéficiaire/en
Acte de spécialiste	Radiographiée (Scanner et IRM inclus) Échographie (examen vasculaire inclus) Traitement Spéciaux Analyses	8.000 DA/ bénéficiaire/an 5000 DA /bénéficiaire/an 3.000 DA/ bénéficiaire/an 8.000 DA /bénéficiaire/an

Dentaires Conditions : prise en charge par la sécurité sociale	Soins Radio Chirurgie dentaire Orthodontie Prothèse	8.000 DA/ bénéficiaire/an 3.000 DA/ bénéficiaire/an 10.000 DA/ bénéficiaire/an 10.000 DA/ adhèrent*/ 2années 20.000 DA/ adhèrent*/2années
Lunetterie Sur présentation des pièces justificatives	Verres optiques : Ordinaires Spéciaux Lentilles optiques Montures Adultes Enfants : Agés au moins de dix ans Agés de plus de dix ans	5.000DA/ bénéficiaire/an 20.000Da bénéficiaire/an 20.000DA bénéficiaire/an 2.000DA/bénéficiaire/ 2année. 1.500DA bénéficiaire/an 2.000DA bénéficiaire/an
Honoraires chirurgicaux et frais accessoires à une opération -k- (hors maternité) Sur présentation de la facture		15000 DA/bénéficière/an
Frais de séjour en cliniques Conditions : prise en charge par la sécurité sociale (Sans chirurgie et hors maternité)		Aux frais réels, jusqu'à concurrence de 15000 DA/Adhérent */an.
Traitement de tumeur -curie- thérapie et röntgenthérapie -k-		8000 DA/bénéficiaire/an
Cure thermale. Sanatorium. Préventorium Condition : prise en charge par la sécurité sociale		1000 DA par nuit, avec un maximum de 15 jours par an
Transport sanitaire En Algérie : sur justificatifs et au frais réels		Au frais réel, jusqu'à concurrence de 5000DA.

A l'étranger avec accompagnateur : Sur justificatifs et prise en charge de la sécurité sociale en plus de la prescription médicale pour l'évaluation du malade vers un centre de soins.	Frais réels avec un minimum d'un biller par an en classe économique Y compris pour l'accompagnateurs
Prothèses auditives et orthopédiques : Condition : prise en charge de la sécurité sociale	Jusqu'à concurrence de 15.000DA

Source : AMANA ASSURANCE

Conclusion

La caisse d'assurance AMANA a pour mission d'assurer la protection des assurés et de leurs ayants droit contre différentes risques (maladies, invalidités, retraite, accidents de travail, maladie professionnelle, le décès, chômage...) par des prestations que ce soit en nature, en espèces, ou allocations familiales.

Cette compagnie gère conjointement les régimes obligatoires d'assurance, nous avons présenté dans ce travail les montants et les conditions de remboursement indiqués par des pourcentages et des chiffres.

Conclusion
générale

Les fonctions des mutuelles sont beaucoup plus liées à l'assurance sociale et à des activités annexes qui ne concernent que les adhérents. Ces mutuelles appliquent une solidarité basique et sont structurées en fonction de leur secteur (entreprises, administration, éducation, services). Il s'agit d'organismes libres auxquels l'adhésion n'est pas obligatoire.

Les mutuelles participent à une prise en charge sanitaire et sociale de ses membres. Elle se veut une œuvre collective et solidaire pour la protection sociale et l'épanouissement individuel de chaque mutualiste avec comme valeurs cardinales, la solidarité, la fraternité et l'entraide.

Le système mutualiste, l'objectif visé des pouvoirs publics était d'associer et d'encourager les mutualistes, par leurs cotisations à augmenter un tant soit peu, la quote-part de leurs couvertures sociales auprès de la CNAS et les faire bénéficier ainsi que leurs ayants droits, d'autres produits sociaux. Cette démarche paraît pragmatique et logique puisqu'elle crée un esprit d'entraide et de solidarité au sein des citoyens adhérents et renforce la cohésion sociale. Le développement de l'esprit mutualiste au sein d'une entreprise est plus grand dans une période où une économie se porte bien qu'en phase de récession et de crise.

La question de la couverture sociale de la population occupée sur le marché du travail est plus que jamais posée. L'extension de la couverture sociale aux travailleurs informels est plus qu'une nécessité pour non seulement atténuer les déficits des caisses de sécurité sociale mais pour créer une certaine cohésion sociale au sein de la société algérienne.

Nous avons vu que ce système se base sur les participations patronale et ouvrière qui sont obligatoires et fixées par la loi, donc l'adhésion à la Mutuelle est contre le versement d'une cotisation, est laissée au libre choix de l'agent. Les travailleurs qui y adhèrent consentent de s'associer librement pour concrétiser les principes qui fondent la mutualité, à savoir : équité, entraide, prévoyance, et solidarité.

Le remboursement des actes médicaux qui se font selon les taux de remboursement de (80% et 100%), il reste entendu qu'en général le taux appliqué est celui équivalent à 80% des tarifs fixés par voies réglementaires, il est porté à 100% dans des cas et des conditions bien définies entre autres : les malades chroniques, les titulaires d'avantage de pension et allocation de retraite dont le montant de leur pension ne dépasse pas le salaire national minimum garanti (SNMG), le grand appareillage, la rééducation fonctionnelle etc., les caisses en charge du remboursement des actes médicaux sont la CNAS et la CASNOS, notre travail sera essentiellement recentré sur ces deux caisses.

Un nouveau mécanisme de remboursement est mis en place par le biais du conventionnement entre les caisses des organismes de la sécurité sociale et les médecins. Autrement dit cette solution passe par la refonte du système de l'assurance maladie par le conventionnement où devront être révisés les tarifs et les taux de remboursement, un encadrement économique et financier du secteur privé permettant un contrôle rigoureux des prix pratiqués et de la qualité des services de santé prodigués.

C'est pour cela l'actualisation des actes médicaux et des remboursements est primordiale pour l'économie du pays et aussi pour le bien-être des citoyens algériens.

Comme nous l'avons suivi dans notre cas pratique, à l'égard des autres caisses mutualiste, AMANA a pour objet la solidarité collective, ainsi que la prise en charge des systèmes de mutualité et de solidarité des assurés sociaux face aux différents risques y compris les risques maladie et vie, car le système de remboursements et de couverture sociale sont des actes primordiaux pour l'économie du pays et aussi pour le bien-être des citoyens algériens.

A travers un cas pratique, nous avons vu que l'application des remboursements faites sur la base des tarifs de référence fondé sur une nomenclature issue des lois en vigueur basé sur les cotisations.

En résumé, nous pouvons dire que le système de mutualité collective est de grande utilité pour les salariés et non-salariés pour faire face à d'éventuels risques à leur tête les risques maladie donc la prise en charges des soins et de la santé de la population, qui est une occupation majeure de l'Etat.

Pour finir, notons que ce travail illustre l'importance de système mutualiste portant sur l'assurance collective sur l'apaisement des dépenses de soins, et de prise en charge des ayants droits pour les adhérents aux cotisants au sein des mutuelles salariées ou non-salariés. Ainsi que son influence sur le développement économique et social du pays.

Références bibliographiques

Ouvrages

1. Ewald. F, Encyclopédie d'assurance, Éditions Economica, Paris, 1997.
2. Jean SAMMUT « Le modèle mutualiste au défi de l'Europe : un engagement civique issu de l'histoire », édité par Cabinet Conseil en mutualité et économie sociale, 2011.
3. OLIVIERBONED « Les mutuelles en Europe : le défi de l'identité » édition ERES, 2008.
4. TADJINE Rachid, « Guide de la sécurité sociale », Edition Dahlab, 1998.

Reuves

5. DJAMEL A., « Revue algérienne au travail », L'institut National Du Travail ; in revue algérienne du Travail 1ers trimestre 2002, page 29.
6. Les mutuelles d'assurance à la conquête du marché », revue de l'assurance, N°5/de janvier à avril 2014.
7. Malika Ahmed Zaid, Économie sociale et solidaire (ESS) en Algérie, La collection Construire la Méditerranée, novembre 2013.
8. Mebarki, A, La SAPS devient AMANA, Revue de l'assurance N°04, éditée par le Conseil National des Assurances, décembre 2013.
9. Noureddine DIB, Mohamed BENGUERNA, Nature et contenu d'une innovation de gestion. Cas : la carte CHIFA, les Cahiers du Cread, vol. 35 - n° 01.
10. PERRET Cécile, « Les évolutions du système de protection sociale en Algérie », Notes de Recherches, n°12-01, IREGE, Université de Savoie.

Thèses et mémoires

1. IDDIR Noussia, la stratégie de fidélisation dans le marketing des services. Cas : AMANA, mémoire de master, UMMTO, 2016.
2. KARA MOSTEFA Fatma Zohra, Réalité et Perspectives du Marketing dans les Entreprises des Services d'assurance en Algérie Cas de la compagnie Algérienne d'assurance (C.A.A.T), thèse de doctorat en Marketing et Management des Entreprises, université Abdelhamid Ibn Badis, Mostaganem, 2020, P45

Textes réglementaires et lois

1. Arrêté du 2 décembre 2010 portant agrément de la MAATEC.
2. Arrêté du 7 décembre 1997 fixant les taux d'affectation des ressources provenant des cotisations, JO n°01 du 07 janvier, 1998, p 18
3. Circulaire générale d'application des lois de sécurité sociale, n°01 MSAS. CAB, du 10/11/1991.
4. Décret exécutif n° 09-13 du 11 janvier 2009 fixant le statut-type des sociétés d'assurance à forme mutuelle.
5. Décret exécutif n°09-116 du 07 avril 2009 définissant les relations entre l'organisme de sécurité sociale et le médecin généraliste.
6. Décret n°15-289 relatif aux modalités de service des prestations de l'assurance invalidité.
7. Décret n°84-27 fixant les modalités d'application du titre II de la loi 83/11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales. Journal officiel n° 07 du 14 février 1984.
8. Loi 15-02 relative aux mutuelles sociales.
9. Loi 83/14 relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale, journal officiel du 5/07/1983.
10. Loi 90-11 relative aux relations de travail.
11. Loi N°15-02 du 04 janvier 2015 relative aux mutuelles sociales, et ses statuts. Journal officiel n° 01, du 07 janvier 2015.
12. Loi N°83-11 du 02-07-1983 relative aux assurances sociales
13. Ordonnance 96/17 du 06/07/1996.
14. Ordonnance n°21-12 du 25 août 2021 relative aux mesures exceptionnelles au profit des employeurs et des personnes non salariées exerçant une activité pour leur propre compte, redevables en matière de cotisations de Sécurité sociale, publiée au Journal officiel n°65 du 26/08/2021.

Sites web

1. www.cleiss.fr/docs/cotisations/algerie.html
2. www.cleiss.fr/docs/cotisations/algerie.html
3. <https://www.muteg.dz/?option=rubrique&idr=50>

Documents ministériels administratives

1. Document de la CNAS, 1999.
2. Code français de la mutualité.
3. Guide de gouvernance des coopératives et des mutuelles, IFA, décembre 2014.

Annexes

Annexe n° 01 :



--	--	--	--

N° ADHÉSION

Réservé à AMANA

**DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHÉSION
À L'ASSURANCE GROUPE**

CONTRACTANT : (Souscripteur de l'Assurance Groupe)

Police n°

NOM DU RAISON SOCIALE :

ADRESSE :

Réservé à AMANA

Certificat N° :

Délivré le :

Effet de l'adhésion :

ADHERENT :

Nom : Nom de jeune fille : (En lettres capitales)

Prénom : Date de naissance : Sexe :

Adresse personnelle :

Situation de famille : Célibataire – Marié – Veuf – Divorcé

Nombre d'enfants à charge :

Lieu de l'emploi : Fonction :

Date d'entrée en service : Salaire annuel soumis : (En chiffres) DA.

ACCOMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & prénom du conjoint :

Enfants à charge au sens des allocations familiales :

Prénom	Date de naissance	Prénom	Date de naissance

Je, soussigné, demande à être admis à l'assurance groupe contractée par l'autorise à souscrire sur ma tête une assurance en cas de décès, pour un capital ayant été défini par le contrat, et approuve les conditions générales de la police.

BÉNÉFICE EN CAS DE DÉCÈS (1)

Je désigne comme bénéficiaire du capital, en cas de décès :

Nom - Prénom (lien éventuel de parenté) :
.....
.....

(1) Le contrat prévoit que les bénéficiaires du capital sont ceux que vous aurez désignés ci-dessus. Vous pouvez les désigner normalement ou par leur seul qualité tels que les parents, les enfants, etc ...]

BULLETIN DE SOINS ورقة العلاجات

Ce bulletin doit être remis à tout médecin, praticien, clinique, laboratoire ou autre professionnel de la santé afin de le faire renseigner pour tous les soins prodigués. Il sera, par la suite, remis à AMANA pour toute demande de remboursement.

يجب تقديم هذه الورقة لأي طبيب، معالج، عيادة، مختبر أو غيره من المهنيين المسمين لإقتلاعهم على جميع الرعاية المقدمة، سيتم بعد ذلك تقديمها إلى أمناة لأي طلب لتعويض.

PARTIE RESERVEE A AMANA

إطار مخصص بالحقبة

Souscripteur (Nom de l'entreprise) * : المكتب (اسم الشركة) باللاتينية :
 Nom et prénom de l'adhérent * : لقب واسم المتعوض باللاتينية :
 N° Immatriculation CNAS * : رقم تسجيل الضمان الاجتماعي * :
 N° RB /RIP (20 chiffres) : رقم الهوية البنكية أو البريد :
 Nom et Prénom du bénéficiaire (si différent de l'adhérent) * : لقب و اسم المستفيد (إن لم يكن المتعوض) باللاتينية :
 Date de naissance * : تاريخ الميلاد * :
 Qualité du bénéficiaire * : صفة المستفيد * :

Adhérent المتعوض Conjoint الزوج
 Personne à charge شخص مكلف به Enfant الطفل

PARTIE À FAIRE REMPLIR PAR LE PRATICIEN *

إطار مخصص للمعالج *

Date de soins تاريخ العلاج	Code et coefficient الرمز والمعامل	Montant des honoraires perçus مبلغ المصاريف المستلم	Signature & Cachet du praticien إبطاء ختم المعالج

Les champs marqués d'un (*) sont obligatoires

التدقيق التي تعمل حثا (م) إلزاميا

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

أشهد بصدقة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à :

بـ

Le :

لـ

Signature de l'adhérent(s)

توقيع المتعوض (ة)



DOCUMENTS A FOURNIR
الوثائق المطلوبة

Acte علاج	Feuille de soins ورقة العلاجات	Ordonnance الوصفة	Compte rendu التقرير الطبي	Facture détaillée الفاتورة مفصلة	Vignette الاشوات
Analyses تحاليل طبية	•	•	•		
Traitements spéciaux (*) علاجات خاصة (*)	•	•	•		
Radiologie لحمية	•	•	•		
Hospitalisation إقامة بالمستشفى	•		•	•	
Frais pharmaceutiques المصاريف الصيدلانية	•	•			•
Optique بصري	•	•		•	
Prothèse Dentaire طقم الأسنان	•	•		•	
Maternité شوية	•		•	•	

* échographies - épreuve d'effort - Trans-œsophage Intestinale - uretro-
graphie rétrograde - angiographie - artériographie - cathétérisme - pose
exploration fonctionnelle respiratoire

* تصوير شعري - إجهاد - أنظار الجهاز الهضمي - تصوير شعري
لمجرى البول - تصوير الأوعية - تصوير الثديين - الفحص سرعة والتكنولوجيا
التشخيصية للمريضة - الاستئصال الوظيفي التنفسي.

Important

- Utilisez un bulletin de soins par malade et par événement.
- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives.
- « AMANA » peut réclamer toutes autres pièces justificatives permettant le traitement de la présente demande.

ملاحظات

- تقديم ورقة العلاجات بالتنسيق لكل مريض وكل حدث.
- يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق التبريرية.
- يجوز إقامة المطالبة بأي وثيقة أخرى تراها ضرورية لتسوية الملف.

Société d'Assurance de Prévoyance et de Santé S.A.S
S.A. au capital social de 1.000.000.000 de dinars algériens
40, Caserlin El Mouridj Ben Kadda (Bis) P.O. Box 01, Alger 16008
RC : 119 0087645-0076 - N°S : 021110012171205 - N°F : 021110000162280
Tél : +213 (0) 21 740 854 855
Fax : +213 (0) 21 750 871 0812
www.amana.dz

Table des matières

Table des matières

Remerciement

Dédicace

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Liste des figures

Sommaire

Introduction générale 2

Chapitre 01 : Présentation générale de la mutuelle

Introduction 7

Section 01 : Les mutuelles d'assurances 7

1.1. Présentation générale de la mutuelle sociale 7

1.2. Historique 7

1.2.1. Naissance des systèmes de mutualité 7

1.2.2. Evolution des mutuelles d'assurance dans le monde 7

1.3. Définition de Mutuelle 8

1.4. Le statut de la mutuelle 9

1.5. Rôle des mutuelles d'assurance collectives 10

1.5.1. Assurent une stabilisation et une régulation économique, sociale et politique 12

1.5.2. Maintiennent un accès équitable aux biens et services 12

1.5.3. Lutte contre l'inclusion économique, sociale et politique 12

1.6. L'objectif des mutuelles 13

Section 02 : Mutuelle sociale en Algérie	12
2.1. Les sociétés d'assurance mutuelle en Algérie	14
2.1.1. La caisse nationale de mutualité agricole (CNMA)	15
2.1.2 Présentation de la mutualité agricole	15
2.1.3. Rôle et missions	15
2.2. La mutuelle algérienne d'assurance des travailleurs de l'éducation nationale et de la culture(MAATEC)	16
2.2.1 Objectifs de la MAATEC	16
2.3. La Mutuelle Générale des travailleurs des industries électriques et gazières (MUTEG)	17
2.3.1. La mutualiste assurance des personnes	17
2.4. Organisation et fonctionnement des mutuelles sociales algériennes	18
2.4.1. Constitution de la mutuelle d'assurance collective	18
2.4.2. Organisation de la mutuelle sociale	19
2.5. Les textes et lois règlementaire régissant les mutuelles sociales en Algérie	20
2.5.1. Loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales.....	20
2.5.2. La loi 90-31 relative aux associations	21
2.5.3. Décret exécutif n° 97-428 du 11 novembre 1997.....	21
2.5.4 Arrêté du 7 décembre 1997 fixant les taux d'affectation des ressources provenant des cotisations	21
2.5.5. Loi N°15-02 du 04 janvier 2015 relative aux mutuelles sociales	21
2.6. Ressources des mutuelles d'assurances sociales en Algérie	24
2.6.1. Affectation des ressources des cotisations sociales	24

2.7.	Organismes de recouvrements	24
Section 03 : Les prestations des mutuelles d'assurances sociales en Algérie		25
3.1.	Prestations à caractère individuel.....	25
3.1.1.	Les prestations en nature de l'assurance maladie	26
3.1.2.	Les indemnités journalières de l'assurance maladie	26
3.2.	La majoration de la pension d'invalidité	26
3.2.1.	La majoration de la rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle	27
3.2.2.	Majoration des pensions de réversion au titre de la sécurité Sociale	27
3.3.	Prestations à caractère collectif.....	27
3.4.	Prestations à caractère facultatif	27
3.4.1.	Les garanties	28
Conclusion		29
Chapitre 02 : Recouvrement et remboursement de l'assurance santé des mutuelles en Algérie		
Introduction.....		31
Section 01 : Les mutuelles de santé en Algérie		31
1.1.	Les cotisations d'assurance sociale en Algérie	31
1.1.1.	Définition de la cotisation	31
1.1.2.	Période de versement des cotisations	31
1.1.3.	Nature des cotisations sociales en Algérie.....	32
1.1.3.1.	Cotisation des travailleurs salariés.....	32
1.1.3.2.	Cotisation des travailleurs non-salariés	32
1.1.4.	Taux des cotisations.....	33

1.1.5. L'assiette des cotisations.....	34
1.1.6. Calcul des cotisations d'assurances sociales en Algérie	35
1.1.7. Versement des cotisations auprès de la sécurité sociale.....	35
1.1.8. Pénalités du au retard ou non remboursement des cotisations.....	35
1.2. Contrôle des assujettis	37
Section 02 : Système de remboursement.....	37
2.1. Le remboursement des frais médicaux par la mutuelle santé en Algérie	38
2.1.1. Assurance maladie.....	38
2.1.2. Assurance maternité.....	38
2.1.3. L'assurance invalidité	39
2.2. Le conventionnement.....	39
2.2.1. L'objectif de la convention	39
2.2.2. Cas de mutuel conventionné.....	40
2.2.3. Cas de mutuelle non conventionnée	40
2.3. Les procédures de remboursement	40
2.3.1. Au taux de 80%	40
2.3.2. Au taux de 100%	41
2.3.3. Remboursement des soins dentaires	43
2.3.4. Remboursement des soins dépensés à l'étranger.....	43
2.4. Système du tiers payant	43
2.4.1. La carte Chifa.....	43
2.4.2. La chirurgie cardio-vasculaire	44
2.4.3. Les cures thermales en relation avec une pathologie	44
2.4.4. Le transport sanitaire	45
2.5. Mode de remboursement.....	45

2.5.1. Ticket modérateur	45
Section 03 Les indemnités journalières assurance maladie.....	46
3.1. Conditions d'ouverture des droits de l'assurance maladie	46
3.2. Durée d'indemnité journalière.....	47
3.2.1. En cas des prestations en nature.....	47
3.2.2. Cas d'affection de longue durée	47
3.2.3. Cas d'assurances maternité.....	47
3.2.4. Délai de déclaration de l'arrêt de travail	48
3.3. Le montant des indemnités journalières	48
3.4. Montant des indemnités journalières	48
3.4.1. Taux de prise en charge	49
3.4.2. Assiette des indemnités journalières	49
3.4.3. Périodes de référence	50
3.4.3.1. Période de référence complète.....	50
3.4.3.2. Période de référence incomplète	50
3.5. Revalorisation et cumul de l'indemnité journalière	51
3.5.1. Revalorisation et cumul de l'indemnité journalière	51
3.5.2 Cumul des indemnités journalières	51
Conclusion.....	54
Chapitre 03 : AMANA Assurance de Tizi-OuzouIntroduction.....	56
Section 01 : présentation de la société d'Assurance de prévoyance et de santé « AMANA »	56
1.1. Présentations de la société d'assurance « AMANA »	56

1.2. Présentation de l'organigramme du siège de régional de Tizi-Ouzou	57
1.3. Missions	58
1.4. Fonctionnement.....	58
1.5. Réseaux de distribution AMANA Assurance	59
Section 02 : généralité et différentes catégories de l'assurance santé collective	60
2.1 Généralités	60
2.1.1 Définition	60
2.1.2 Les différents types de convention de l'assurance santé collective	60
2.1.3 les risques exclus de l'assurance santé collective.....	60
2.1.4 La constitution de dossier de l'assurance santé collective	61
2.1.5 Limitation de l'assurance santé	61
2.2 Les catégories de l'assurance santé collective	62
2.2.1 La prévoyance	62
2.2.2 Les indemnités forfaitaires.....	63
2.2.3 La couverture santé	63
Section 03 : cas d'un contrat d'assurance groupe	63
3.1. Caractéristique du risque assuré.....	63
3.2. Loi régissant la police	64
3.3. Objet de l'assurance	64
3.4. Définition et montants des garanties accordées.	64
3.4.1. Garantie principale.....	64
3.4.1.1 Décès	64
3.4.1.2 invalidité absolue et définitive (I.A.D)	64
3.5. Garanties complémentaires	65

3.5.1. Invalidité permanente partielle (I.P.P)	65
3.5.2. Indemnités forfaitaires.....	65
3.6. Maladies et soins annexe	66
Conclusion	69
Conclusion générale	71
Bibliographie Annexes	74
Table des matières	

Résumé :

Le mouvement mutualiste s'impose comme un moyen adéquat pour minimiser l'exclusion et renforcer une économie sociale en tenant compte de l'être humain, son bien-être et celui des travailleurs. L'Assurance maladie (Sécurité sociale) rembourse partiellement les dépenses de santé, et couvrir les frais pour les Adhérents à une mutuelle d'assurance de santé collective par le versement des cotisations. Pour ce qui est des tarifs des frais de santé sont fixés par convention entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie. Il s'agit du tarif de convention, ou base de remboursement en fonction du contrat souscrit et donc des cotisations versées

Abstract :

The mutualist movement stands out as an adequate means of minimizing exclusion and strengthening a social economy by taking into account human beings, their well-being and that of workers. Health insurance (Social Security) partially reimburses health expenses, and covers the costs for members of a collective health insurance mutual fund by paying contributions. As far as the tariffs are concerned, health costs are fixed by agreement between the health professionals and the Health Insurance. This is the convention rate, or reimbursement base depending on the contract taken out and therefore the contributions paid.