

MINISTERE DES AFFAIRES
SOCIALES, DU TRAVAIL
ET DE LA SOLIDARITE

MINISTERE DE LA SANTE,
DE LA FAMILLE ET DES
PERSONNES HANDICAPEES

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Division des affaires communautaires
et internationales

Suivi du dossier : Alexandre VISCONTINI
Tél. : 01 40 56.70.84 Télécopie : 01 40 56 72.55
alexandre.viscontini@sante.gouv.fr

Le ministre des affaires sociales, du travail
et de la solidarité,
et

Le ministre de la santé, de la famille et des
personnes handicapées,

à

Monsieur le directeur de l'agence centrale
des organismes de sécurité sociale

Monsieur le directeur de la caisse nationale
d'assurance maladie des travailleurs
salariés

Monsieur le directeur de la caisse nationale
d'assurance vieillesse des travailleurs
salariés

Madame la directrice de la caisse nationale
des allocations familiales

Monsieur le directeur de la caisse nationale
d'assurance maladie et maternité des
travailleurs non salariés des professions non
agricoles (CANAM)

Monsieur le directeur de la caisse centrale
de mutualité sociale agricole, sous couvert
de Monsieur le ministre de l'agriculture, de
l'alimentation, de la pêche et des
affaires rurales (DEPSE)

Mesdames et Messieurs les directeurs ou
responsables des caisses, organismes ou
services assurant la gestion d'un régime
spécial ou autonome de sécurité sociale

Monsieur le directeur du centre des liaisons
européennes et internationales de sécurité
sociale

Mesdames et Messieurs les préfets de
région, Directions régionales des affaires
sanitaires et sociales, Direction
interrégionale de sécurité sociale des
Antilles-Guyane, Direction départementale
de la sécurité sociale de la Réunion

CIRCULAIRE DSS/DACI/2002/620 du 20 décembre 2002 relative à la mise en œuvre du décret n°2002-1371 du 19 novembre 2002 portant coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité sociale.

Date d'application : 1^{er} décembre 2002

NOR :

Grille de classement :

Résumé : Mise en œuvre du décret du 19 novembre 2002 portant coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité sociale

Mots-clés : Nouvelle-Calédonie – Coordination des régimes de sécurité sociale

Textes de référence :

- loi organique n°99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;
- loi n°98-145 du 6 mars 1998 portant habilitation du Gouvernement à prendre, par ordonnances, les mesures législatives nécessaires à l'actualisation et à l'adaptation du droit applicable outre-mer ;
- ordonnance n°98-731 du 20 août 1998 portant adaptation aux départements d'outre-mer, à la Nouvelle-Calédonie et à la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sanitaires et sociales ;
- loi de pays n°2001-016 du 19 décembre 2001 publiée le 11 janvier 2002 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie ;
- délibération n°095/CP du 7 mai 2002 du Congrès de la Nouvelle-Calédonie.

Textes abrogés

- décret n° 66-846 du 14 novembre 1966 ;
- décret n° 82-189 du 24 février 1982.

Annexe : formulaires d'application

Conformément à son statut, la Nouvelle-Calédonie est compétente en matière de protection sociale (voir notamment l'article 22-4° de la loi organique n°99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie). Elle dispose donc d'un régime propre de sécurité sociale, couvrant l'ensemble des risques et géré par la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT). Dernièrement, la branche maladie et maternité a été substantiellement modifiée par la loi de pays du 19 décembre 2001 publiée le 11 janvier 2002, qui a mis en place un régime unifié d'assurance maladie et maternité (RUAMM) visant l'ensemble des actifs et des retraités.

Afin d'assurer une couverture sociale aux personnes qui se déplacent entre la métropole et la Nouvelle-Calédonie, un dispositif de coordination des régimes de sécurité sociale métropolitains et calédoniens avait déjà été créé en 1966 (décret n°66-846 du 14 novembre 1966) puis complété en 1982 pour les soins de santé (décret n°82-189 du 24 février 1982).

Le mécanisme s'est toutefois avéré très minimaliste, d'une part par son champ d'application personnel visant les seuls travailleurs salariés qui se rendent sur l'autre territoire pour y travailler (le séjour temporaire n'étant pas visé), ainsi que les retraités d'un régime métropolitain installés en Nouvelle-Calédonie et réciproquement, et d'autre part par les risques couverts, à savoir l'assurance vieillesse et les soins de santé aux pensionnés de vieillesse des régimes métropolitains et néo-calédoniens.

Cette coordination a minima a conduit à des situations inacceptables pour certains assurés et a suscité de nombreuses incompréhensions, résultant de vides juridiques. Il paraissait donc indispensable de mettre en place un dispositif complet de coordination véritablement protecteur et garantissant le maintien des droits.

♦ Cette refonte de la coordination des régimes a été initialisée par la loi n°98-145 du 6 mars 1998 portant habilitation du Gouvernement à prendre, par ordonnances, les mesures législatives nécessaires à l'actualisation et à l'adaptation du droit applicable outre-mer, et qui prévoit dans son article 1^{er}-5° *"la révision des accords de coordination des régimes métropolitains et néo-calédoniens de sécurité sociale"*. Ce texte a été complété par l'ordonnance n°98-731 du 20 août 1998 dont l'article 5 est ainsi rédigé : *"L'Etat pourra conclure avec la Nouvelle-Calédonie un accord portant coordination de leurs différents régimes de protection sociale pour l'ensemble des risques et des personnes assurées"*.

Le nouveau dispositif, qui abroge les décrets précités, est ainsi publié du côté métropolitain par le décret n°2002-1371 du 19 novembre 2002 portant coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité sociale, et du côté calédonien par la délibération n°095/CP du 7 mai 2002, prise par la commission permanente du Congrès de la Nouvelle-Calédonie, qui assure la réciprocité et la concordance des dispositions du décret de coordination sur ce territoire.

Le nouvel accord a pour objet l'extension des dispositions de coordination des régimes de protection sociale à l'ensemble des risques couverts (assurances maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, accidents du travail et maladie professionnelle, prestations familiales) pour l'ensemble des assurés se déplaçant, en séjour temporaire ou pour y résider, de l'un vers l'autre territoire (un accord de coordination de ce type existe également pour la Polynésie française : voir décret n°94-1146 du 26 décembre 1994 et circulaire DSS/DCI/1995/43 du 10 mai 1995).

L'accord portant coordination des régimes de sécurité sociale est organisé comme suit :

- le titre I définit les dispositions générales concernant la définition du champ d'application territorial, personnel et matériel, le principe d'égalité de traitement entre les assurés et la détermination de la législation applicable, à savoir le principe d'affiliation au régime de sécurité sociale du territoire d'emploi et ses dérogations (articles 1 à 4).
- le titre II précise les règles de coordination concernant l'ensemble des risques couverts :
 - l'assurance vieillesse et les pensions de survivants (chapitre I, articles 5 à 16),
 - l'assurance maladie et maternité (chapitre II, articles 17 à 22),
 - l'assurance invalidité (chapitre III, articles 23 à 28),
 - l'assurance décès (chapitre IV, article 29),
 - l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (chapitre V, articles 30 à 39),
 - les prestations familiales (chapitre VI, articles 40 à 42).
- le titre III, relatif aux dispositions financières et diverses, a trait aux modalités générales d'application de l'accord, comportant notamment les règles de remboursement entre institutions, les modalités d'application de l'accord, la désignation des autorités compétentes et des organismes de liaison, les abrogations et dispositions transitoires, etc. (articles 43 à 49).

♦ Par ailleurs, l'article 126 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, complété par la loi de pays néo-calédonienne n°2002-20 du 6 août 2002 portant diverses dispositions d'ordre sanitaire et social, prévoit que les fonctionnaires civils et militaires de l'Etat, les magistrats de l'ordre judiciaire, les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, ainsi que les ouvriers de l'Etat en poste en Nouvelle-Calédonie demeurent affiliés, en matière d'assurance maladie et maternité, au régime métropolitain lorsque leur séjour est égal ou inférieur à six mois, et sont assujettis au régime unifié d'assurance maladie et maternité (RUAMM) de la Nouvelle-Calédonie, pour les seules prestations en nature, lorsqu'ils sont affectés sur place pour plus de six mois. Cette affiliation est effective depuis le 1^{er} juillet 2002.

Ces règles relatives à la détermination de la législation de sécurité sociale applicable aux fonctionnaires métropolitains ont été reprises dans l'accord de coordination (article 4 § 5), dont le champ d'application personnel est étendu à cette catégorie de personnes (article 1^{er} § 1 point b). Toutefois, pour être applicables, les dispositions concernant les agents publics précités devaient être présentées au Conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat (CSFPE).

Toutefois, du fait des dispositions très favorables de l'accord de coordination dont pouvaient d'ores et déjà bénéficier les personnes autres que celles visées à l'article 1^{er} § 1 point b, il a paru plus opportun de prévoir une entrée en vigueur immédiate du décret de coordination, à l'exception des dispositions visant les fonctionnaires métropolitains, puis une entrée en vigueur ultérieure, après consultation du CSFPE, pour ces derniers. L'avis du CSFPE ayant été rendu le 21 novembre 2002, le décret prévoyant l'application de l'accord pour ces personnels et modifiant le décret du 19 novembre 2002 est actuellement en cours de signature. La présente circulaire envisage néanmoins l'ensemble des situations et il conviendra de s'y référer pour l'application du second décret de coordination visant les fonctionnaires.

Enfin, le décret portant coordination des régimes de sécurité sociale prévoit une entrée en vigueur au premier jour du mois suivant sa publication au *Journal officiel* de la République française (article 1^{er}), à savoir le 1^{er} décembre 2002. Il semblait en effet plus adéquat, pour plusieurs raisons (affiliation, prélèvements de cotisations, calcul des périodes d'assurance...), que le décret entre en vigueur au premier jour d'un mois civil. Par ailleurs, cette date d'application peut paraître contradictoire avec celle prévue à l'article 49 de l'accord de coordination, fixant le 1^{er} juillet 2002 conformément à la loi du 4 mars 2002 précitée. Cependant, le délai du 1^{er} juillet 2002 n'ayant pas pu être respecté et le décret ne pouvant avoir d'effet rétroactif, il est prévu une nouvelle date pour son entrée en vigueur.

♦ Les formulaires de liaison nécessaires à l'application de l'accord portant coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité sociale figurent en annexe à la présente circulaire. Chaque caisse reproduira ces modèles de formulaires en fonction de ses besoins.

Vous voudrez bien me saisir de toute difficulté qui pourrait apparaître pour l'application de la présente circulaire.

Le directeur de la sécurité sociale,

Dominique LIBAULT

S O M M A I R E

P.

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES	7
I.1. Champ d'application territorial, personnel et matériel (application des articles 1 ^{er} et 2)	7
I.1.1. champ d'application territorial	
I.1.2. champ d'application personnel	
I.1.3. champ d'application matériel	
I.2. Egalité de traitement (application de l'article 3)	9
I.3. Détermination de la législation applicable : le principe de la <i>lex loci laboris</i> et ses dérogations (application de l'article 4)	9
I.3.1. Les dérogations habituelles	
A. Le détachement des travailleurs salariés et non salariés	
B. Le personnel navigant des compagnies de transport aérien	
C. Régime applicable aux marins	
D. Autres dérogations	
I.3.2. Le cas particulier des fonctionnaires	
I.4. Absence de maintien de droit	13
 TITRE II – DISPOSITIONS DE COORDINATION	 14
II.1. Chapitre 1^{er} : assurance vieillesse et pensions de survivants	14
II.1.1. Ouverture des droits et calcul de la pension	
II.1.2. Introduction et instruction des demandes de pension	
II.1.3. Pensions de survivants	
 II.2. Chapitre 2 : assurance maladie et maternité (application des articles 17 à 22)	 17
II.2.1. ouverture du droit et totalisation des périodes (application de l'article 17)	17
II.2.2. Service des prestations (application des articles 18 à 22)	18
A. Dispositions communes à tous les assurés	
B. Service des prestations aux travailleurs détachés et autres situations particulières	
C. Service des prestations aux pensionnés	
D. Service des prestations aux ayants droit	
E. Prothèses et grand appareillage	
 II.3. Chapitre 3 : assurance invalidité (application des articles 23 à 28)	 24
 II.4. Chapitre 4 : assurance décès (application de l'article 29)	 25
 II.5. Chapitre 5 : assurance accidents du travail et maladies professionnelles (application des articles 30 à 39)	 25
II.5.1. Droit aux prestations	
II.5.2. Service des prestations	
II.5.3. Contestation du caractère professionnel de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle	

II.6. Chapitre 6 : prestations familiales 26
(application des articles 40 à 42)

II.6.1. Ouverture des droits

II.6.2. Versement des prestations aux membres de familles résidant sur l'autre territoire

III.6.3. Situations particulières

TITRE III – DISPOSITIONS FINANCIERES ET DIVERSES 28

III.1. Remboursements

III.2. Modalités d'application

III.3. Entrée en vigueur

TITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

I.1. Champ d'application territorial, personnel et matériel

I.1.1. Champ d'application territorial (article 1^{er})

L'accord de coordination est applicable, d'une part sur le territoire de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer (DOM), et d'autre part sur celui de la Nouvelle-Calédonie. Il est précisé que le terme *territoire* est employé ici dans son sens commun et non pour désigner la Nouvelle-Calédonie en tant que telle, ce qui serait inapproprié depuis que celle-ci n'est plus un territoire d'outre-mer, mais est devenue une collectivité territoriale *sui generis*.

Ainsi, ne sont pas couverts par l'accord les territoires suivants, dont certains disposent par ailleurs de leurs propres systèmes de sécurité sociale : la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon, la collectivité territoriale de Mayotte et le territoire d'outre-mer de Wallis et Futuna. Le territoire d'outre-mer des Terres australes et antarctiques françaises est également placé hors champ géographique de l'accord. Une disposition particulière est prévue pour la Polynésie française (voir *infra*, article 6 § 2 de l'accord).

I.1.2. Champ d'application personnel (article 1^{er})

L'accord de coordination s'applique aux personnes visées par son article 1^{er}, aux réfugiés et aux apatrides, ainsi qu'aux membres de leur famille, résidant sur l'un des deux territoires. Les termes *réfugiés* et *apatrides* ont la signification qui leur est respectivement attribuée à l'article 1^{er} de la convention relative au statut des réfugiés, signée à Genève le 28 juillet 1951, et à l'article 1^{er} de la convention relative au statut des apatrides, signée à New York le 28 septembre 1954.

Du côté métropolitain, le champ d'application personnel doit être interprété de façon extensive, les autorités compétentes ayant voulu couvrir le plus grand nombre de personnes. Ainsi, sont visés :

- a) les travailleurs exerçant ou ayant exercé une activité salariée ou assimilée ou une activité non salariée en France métropolitaine ou dans un DOM, et leurs ayants droit ;
 - ⇒ la notion de travailleur salarié vise le bénéficiaire en chômage indemnisé ; ce terme, *chômeur indemnisé*, au titre de la législation métropolitaine, prend le sens qui lui a été donné pour l'application du règlement européen n°1408/71 dans la lettre ministérielle n°1 du 19 mars 1990 (§ 113),
 - ⇒ la notion d'ayant droit renvoie, quant à elle, aux articles L.161-14 et L.313-3 du code de la sécurité sociale,
 - ⇒ enfin, l'activité assimilée à une activité salariée est celle reconnue comme telle par la législation métropolitaine (les activités assimilées sont visées à l'article L.311-3 du code de la sécurité sociale).
- b) les fonctionnaires, au sens large, c'est-à-dire actifs ou retraités, civils ou militaires, relevant de l'une des trois fonctions publiques ou du statut d'ouvrier de l'Etat, magistrats de l'ordre judiciaire, et leurs ayants droit ;
- c) toute autre personne assurée à titre obligatoire et ses ayants droit. Cette dernière catégorie permet de couvrir l'ensemble de la population relevant d'un régime de sécurité sociale métropolitain. Elle vise notamment les étudiants.

Aucune condition de nationalité n'est requise pour l'application de l'accord, tant pour les ouvriers que pour les ayants droit.

En ce qui concerne les fonctionnaires, les règles en matière de nationalité sont fixées par la législation métropolitaine. Ainsi, l'article 5 bis de la loi du 13 juillet 1983, inséré par la loi n°91-715 du

26 juillet 1991 et modifié par la loi n°96-1096 du 16 décembre 1996, dispose que *"les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen autres que la France ont accès, dans les conditions prévues au statut général, aux corps, cadres d'emplois et emplois dont les attributions sont soit séparables de l'exercice de la souveraineté, soit ne comportent aucune participation directe ou indirecte à l'exercice de prérogatives de puissance publique de l'Etat ou des autres collectivités publiques"*.

Du côté calédonien, toutes les personnes assurées, quelle que soit leur nationalité, sont également couvertes par l'accord, à l'exception des bénéficiaires de l'aide médicale gérée par les provinces en Nouvelle-Calédonie.

I.1.3. Champ d'application matériel (article 2)

Les législations métropolitaines et calédoniennes concernées sont énumérées à l'article 2 de l'accord, compte tenu des personnes et des risques visés. Quelques précisions peuvent être apportées.

L'utilisation de la terminologie *législation* dans la présente circulaire renvoie, du côté métropolitain, aux lois, règlements, dispositions statutaires et à toutes autres mesures d'application, existants ou futurs, qui concernent les branches de sécurité sociale visées à l'article 2 de l'accord, et du côté calédonien, aux termes *législation ou réglementation*, tels que mentionnés dans l'accord afin de tenir compte de l'introduction récente des lois du pays en Nouvelle-Calédonie.

Il est précisé que, pour qu'un risque puisse être coordonné, il est en principe obligatoire qu'un assuré soit ou ait été couvert au titre de la législation des deux territoires pour le risque en cause. Toutefois, la coordination du risque maladie en cas de séjour temporaire sur l'autre territoire déroge à cette obligation.

Exemple : un travailleur non salarié calédonien qui n'a jamais été assuré à l'assurance vieillesse en Nouvelle-Calédonie, puis a exercé une activité en métropole, ne peut pas bénéficier de la mise en œuvre des dispositions de l'accord pour le calcul d'une pension de vieillesse métropolitaine.

Le même travailleur non salarié qui exerce son activité en métropole mais n'a jamais relevé de l'assurance maladie calédonienne peut néanmoins bénéficier des soins de santé en cas de séjour en Nouvelle-Calédonie (dans le cadre des dispositions de l'article 18 de l'accord).

Sont exclues du champ d'application de l'accord les assurances volontaires offertes aux personnes travaillant ou résidant hors du territoire français. Ces dispositions visent notamment le régime volontaire offert par la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) qui n'exonère donc pas ses bénéficiaires de l'obligation d'affiliation à la CAFAT lorsqu'ils travaillent ou résident en Nouvelle-Calédonie.

L'assurance accident du travail est obligatoire pour les travailleurs salariés et les étudiants en stage si ce stage répond à certains critères, notamment s'il est obligatoire dans le cadre de la scolarité. Les étudiants sont alors couverts par l'assurance obligatoire de leurs établissements de rattachement pendant leurs stages. L'assurance accident du travail volontaire s'adresse notamment aux travailleurs non salariés (ex : artisans).

L'assurance volontaire vieillesse continuée permet à une personne qui a cessé provisoirement son activité professionnelle de continuer à cotiser à un régime obligatoire de retraite. Elle est mentionnée à la fois pour les personnes assurées (article 1 § 1 sous c) afin que les personnes qui sont couvertes uniquement par l'intermédiaire de cette assurance entrent dans le champ d'application de l'accord, mais également pour les travailleurs (article 1 § 1 sous a) afin que les personnes entrant dans le champ d'application personnel de l'accord par une autre voie puissent bénéficier s'ils le souhaitent de cette assurance volontaire vieillesse continuée.

◆ Les fonctionnaires métropolitains ne sont visés que pour les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité ; les règles concernant la législation applicable pour ce risque sont expliquées ci-après (cf *infra* article 4, point I.3.2). Dès lors qu'ils sont dans une position statutaire qui les y autorise, les fonctionnaires continuent donc de relever de leur régime spécial pour les autres risques, notamment pour leur régime de retraite ou pour leurs droits statutaires à rémunération en cas de congé de maladie.

Cependant, conformément aux dispositions de l'article 6 § 4 de l'accord, les périodes d'assurance accomplies dans un régime spécial de retraite des fonctionnaires de l'Etat, des magistrats, des militaires, des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et des ouvriers de l'Etat, peuvent être prises en compte en vue de la totalisation pour l'ouverture et le calcul des droits par le ou les régimes applicables aux travailleurs salariés de l'un ou de l'autre territoire.

Le bénéfice des prestations familiales pour les fonctionnaires métropolitains est organisé par le décret n°51-511 du 5 mai 1951 pour les civils, et par le décret n°51-1135 du 11 octobre 1951 pour les militaires (cf *infra* chapitre 6 relatif aux prestations familiales).

I.2. Egalité de traitement (article 3)

Les personnes visées dans le champ d'application personnel et assurées au titre d'une législation couverte par l'accord, ne doivent subir aucune discrimination en fonction de leur nationalité ou de leur affiliation à un autre régime de sécurité sociale, pour l'application de la législation en vigueur sur le territoire duquel elles résident.

I.3. Détermination de la législation applicable : le principe de la *lex loci laboris* et ses dérogations (article 4)

Comme pour l'ancien accord de coordination, le principe de l'application unique de la législation du territoire sur lequel est exercée l'activité professionnelle (*lex loci laboris*) est consacré. Ce principe est assorti des dérogations habituelles concernant notamment les travailleurs en situation de détachement et les personnels navigants des compagnies aériennes, mais également d'une dérogation particulière s'agissant des fonctionnaires.

I.3.1. Les dérogations habituelles

A. Le détachement des travailleurs salariés et non salariés

Les paragraphes 2 et 3 de l'article 4 de l'accord déterminent la situation des travailleurs salariés et assimilés et non salariés détachés sur l'autre territoire qui continuent de relever du régime de protection sociale de leur territoire d'emploi habituel.

Pour que le détachement puisse être opéré, il est nécessaire que les personnes concernées soient affiliées à un régime de protection sociale sur leur territoire de travail habituel. Ainsi, dès lors qu'un travailleur non salarié calédonien n'a pas de couverture obligatoire sur ce territoire, il ne peut bénéficier d'un détachement en métropole, et inversement.

La délivrance d'un *certificat d'assujettissement* (formulaire SE 988-01) permet au travailleur d'être dispensé d'affiliation sur le nouveau territoire d'activité. La dispense est globale, pour l'ensemble des risques couverts, sur présentation du certificat.

Les régimes gérés par la caisse des français de l'étranger (CFE) étant exclus du champ d'application matériel de l'accord, les assurés de la CFE ne peuvent pas bénéficier d'un détachement les dispensant de s'affilier à un régime calédonien de protection sociale.

1) les travailleurs salariés et assimilés

- validité du détachement

Pour détacher temporairement en Nouvelle-Calédonie un travailleur salarié ou assimilé, assuré auprès d'un régime métropolitain de sécurité sociale, l'employeur adresse une demande de maintien d'affiliation du salarié à la caisse compétente, à savoir la caisse dont relève le salarié ou, en ce qui concerne les salariés du régime général, la caisse d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve l'entreprise dont dépend le travailleur.

Pour vérifier la validité du détachement ainsi demandé, doivent être considérés :

- l'exercice par l'entreprise d'une activité réelle sur le territoire où elle est établie dans le secteur professionnel considéré,
- la nature de la mission confiée au travailleur (travail déterminé),
- la durée du travail à effectuer (durée déterminée),
- et la subsistance d'un lien de subordination du salarié à l'employeur qui l'a détaché. Ce lien peut se traduire par le versement à l'intéressé d'un salaire, directement par son employeur, et le paiement par celui-ci de cotisations et contributions de sécurité sociale dues pour le compte du travailleur détaché.

Les cotisations et contributions sont calculées sur la base du salaire réellement versé à l'intéressé en métropole, et en Nouvelle-Calédonie le cas échéant, y compris les primes et les indemnités diverses. L'engagement de l'employeur de s'acquitter de l'intégralité des cotisations et contributions dues doit accompagner la demande de détachement adressée à la caisse.

- durée du détachement

Lorsque les conditions requises sont remplies, le détachement est accordé par décision unilatérale de la caisse d'affiliation, pour une durée initiale maximale de 2 ans, y compris les congés. Les délais de détachement des assurés commencent à courir à compter du 1^{er} décembre 2002, date d'entrée en vigueur du nouvel accord, y compris pour ceux qui étaient déjà détachés avant l'entrée en vigueur du nouvel accord de coordination. Les périodes de détachement déjà accomplies par les intéressés antérieurement au 1^{er} décembre 2002 entrent en compte pour l'appréciation de la durée initiale.

La période de détachement initial peut être prolongée au-delà de 2 ans pour une nouvelle période de 2 ans maximum avec l'accord de l'autorité administrative compétente du lieu de détachement. En ce qui concerne une demande de prolongation de maintien à la législation française, il appartient à l'employeur de s'adresser, avant l'expiration de la période initiale, au directeur du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS), institution désignée à cet effet. En l'absence de réponse à la demande de prolongation, celle-ci est réputée être tacitement acquise à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la réception de la demande. L'employeur s'adresse alors à la caisse compétente, avec la copie de sa demande de prolongation adressée au CLEISS, pour la délivrance d'un nouveau certificat d'assujettissement.

- utilisation du certificat d'assujettissement

La caisse délivre à l'employeur, qui le remet au salarié, un *certificat d'assujettissement* (formulaire 988-01) dont la délivrance est subordonnée à une vérification de la validité du détachement (cf les critères *supra*). Les indications nécessaires à une bonne utilisation du formulaire sont jointes à celui-ci.

En aucun cas le certificat d'assujettissement ne doit être remis à la caisse compétente du territoire de détachement qui peut cependant en exiger une copie. Il doit être recommandé au travailleur détaché de ne pas se dessaisir de ce document qui justifie de son exemption d'affiliation au régime de sécurité sociale de ce territoire et, le cas échéant, lui permet de bénéficier, ainsi que pour ses ayants droit qui l'accompagnent, du service des prestations en nature des assurances maladie et maternité, accident du travail et maladies professionnelles, conformément au paragraphe 3 de l'article 19 et au paragraphe 2 de l'article 32 de l'accord. Les modalités de service de ces prestations sont précisées dans les chapitres correspondants.

La caisse d'affiliation doit être informée, soit directement par l'intéressé, soit par l'intermédiaire de l'employeur, de l'interruption avant terme d'un détachement et du retour du travailleur sur le territoire de l'institution d'affiliation.

2) les travailleurs non salariés

Le détachement du travailleur non salarié vise l'hypothèse d'une prestation de service effectuée sur l'autre territoire et en rapport direct avec l'activité exercée habituellement par ce travailleur.

La procédure de détachement est identique à celle des travailleurs salariés, à la différence qu'il appartient au travailleur non salarié d'accomplir toutes les démarches utiles en vue de la délivrance du *certificat d'assujettissement*. Celui-ci est délivré par la caisse maladie régionale (CMR) dont relève le travailleur non salarié.

La durée du détachement, au sens de la sécurité sociale, est fixée à douze mois, renouvelable une fois pour une durée maximale identique, avec l'accord du directeur du CLEISS.

3) déplacements de courte durée

En cas de déplacements imprévisibles de courte durée (inférieurs à trois mois) et par analogie avec la procédure adoptée dans le cadre de l'Union européenne, la caisse d'affiliation délivre à l'avance aux entreprises qui en font la demande des certificats d'assujettissement, munis d'un numéro d'ordre et revêtus du cachet et de la signature de son représentant.

L'employeur, lorsqu'il envoie un membre de son entreprise en mission imprévue, doit remplir le formulaire en double exemplaire, en remettre un au travailleur avant son départ et adresser l'autre à l'institution d'affiliation dans les 24 heures, le cachet de la poste faisant foi. Bien entendu, les caisses doivent veiller à ce qu'il ne soit pas fait un usage abusif de la facilité ainsi offerte aux entreprises.

4) le détachement exceptionnel

Le paragraphe 6 de l'article 4 de l'accord permet aux autorités compétentes de prévoir d'autres dérogations au principe de la *lex loci laboris* que celles envisagées aux autres paragraphes de cet article (cf *infra*, point D). Parmi celles-ci figure le cas du détachement exceptionnel, au-delà de la durée maximale autorisée, prolongation comprise.

Lorsque l'employeur souhaite faire prolonger le détachement du travailleur salarié au-delà de la durée maximale autorisée (2x2 ans) ou lorsque le travailleur non salarié souhaite le maintien du détachement au-delà de la durée maximale autorisée (2x1 an), pour achever un travail entrepris, l'employeur ou le travailleur non salarié doivent, avant l'expiration de la durée de détachement autorisée, demander CLEISS de se mettre en rapport avec l'autorité compétente de l'autre territoire (la direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie, institution désignée à cet effet) en vue d'obtenir son accord pour une prorogation de l'exemption d'affiliation. La demande présentée par l'employeur ou le travailleur non salarié doit être motivée par l'achèvement d'un travail déterminé, pour une durée déterminée.

En cas d'accord du CLEISS et de la Direction des affaires sanitaires et sociales (DASS) de la Nouvelle-Calédonie, un nouveau *certificat d'assujettissement* est établi par la caisse compétente, la rubrique 5 du formulaire étant alors complétée avec la référence au paragraphe 6 de l'article 4 de l'accord de coordination. Ce certificat est remis soit à l'employeur, qui le transmet au salarié, soit directement au travailleur non salarié.

B. Le personnel navigant des compagnies de transport aérien

Ces travailleurs, occupés comme personnel navigant sur l'autre territoire, sont soumis au régime de sécurité sociale en vigueur sur le territoire où l'entreprise a son siège, à moins qu'ils ne soient basés sur l'autre territoire (paragraphe 4 de l'article 4 de l'accord).

Le caractère d'activité salariée et assimilée est celui de l'activité reconnue comme telle sur le territoire où l'entreprise a son siège. Le travailleur est basé sur l'autre territoire dès lors qu'il y a sa résidence habituelle plus de 183 jours dans l'année.

C. Régime applicable aux marins

Les marins relèvent également du présent accord. Il convient de leur appliquer les règles générales posées par le texte. Les marins relèvent en principe du régime de sécurité sociale du territoire d'immatriculation du navire.

D. Autres dérogations

Les autorités administratives compétentes de la France métropolitaine et de la Nouvelle-Calédonie peuvent prévoir, d'un commun accord, d'autres dérogations au principe de l'application de la *lex loci laboris* (paragraphe 6 de l'article 4).

Ainsi, elles peuvent autoriser une durée de détachement qui excède celles qui sont prévues par l'accord de coordination. Dans ce cas, il convient de procéder selon la procédure décrite ci-dessus (cf *supra* point A.4).

Les demandes de dérogations autres que celles concernant la durée des détachements, doivent être adressées par les assurés ou leur employeur à l'organisme de liaison du territoire d'affiliation (pour la métropole, le CLEISS) qui les transmet à l'autorité compétente (pour la métropole, le ministre chargé de la sécurité sociale). Cette dernière traite la demande conjointement avec l'autorité administrative compétente de l'autre territoire.

I.3.2. Le cas particulier des fonctionnaires

1) Règles d'affiliation

Le paragraphe 5 de l'article 4, qui détermine la législation applicable aux fonctionnaires et donc leur affiliation à un régime de sécurité sociale, tire les conséquences des articles L. 712-11-1 et L.712-11-2 du code de la sécurité sociale, introduits par l'article 126 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (complétée en Nouvelle-Calédonie par la loi de pays du 17 juillet 2002).

Le nouveau dispositif prévoit que les fonctionnaires civils et militaires de l'Etat, les magistrats de l'ordre judiciaire, les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et les ouvriers de l'Etat, affectés pour moins de six mois en Nouvelle-Calédonie, sont affiliés, ainsi que leurs ayants droit, au régime de sécurité sociale métropolitain dans les conditions de droit commun, tandis que ceux qui sont appelés à exercer leurs fonctions en Nouvelle-Calédonie pour une durée supérieure à six mois, sont affiliés, ainsi que leurs ayants droit, au régime unifié d'assurance maladie et maternité (RUAMM) calédonien pour les seules prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.

L'affiliation des fonctionnaires métropolitains en poste pour plus de six mois en Nouvelle-Calédonie prend effet dès le premier jour de leur prise de poste sur ce territoire. Dans la période comprise entre leur arrivée en Nouvelle-Calédonie et leur prise de poste, ces fonctionnaires continuent de relever du régime de sécurité sociale métropolitain auquel ils sont affiliés. Une circulaire du ministère délégué au budget et à la réforme budgétaire et du ministère de l'outre-mer, précisera les règles administratives applicables aux fonctionnaires se retrouvant dans cette situation.

Il est précisé que les fonctionnaires des collectivités de la Nouvelle-Calédonie en mission, en service ou mis à disposition en métropole ou y effectuant une formation, restent affiliés au régime calédonien, quelle que soit la durée de la mission ou de la formation en métropole (application de l'article 4, paragraphe 5, alinéa 1). En revanche, les fonctionnaires de Nouvelle-Calédonie détachés en métropole relèvent du régime métropolitain (application de l'article 4, paragraphe 1).

2) Droit aux prestations

La lecture combinée des articles 1^{er} (champ d'application territorial et personnel) et 2 (champ d'application matériel) de l'accord fait apparaître que, s'agissant des fonctionnaires métropolitains, seules les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité font l'objet des dispositions de coordination. En ce qui concerne l'assurance vieillesse, les fonctionnaires continuent en toute hypothèse à relever de leur régime de pensions.

Le chapitre II du titre II de l'accord (articles 17 à 22) organise la coordination de l'assurance maladie et maternité (cf *infra*, point II.2). Les fonctionnaires bénéficient ainsi de la totalisation des périodes d'assurance (article 17 : les périodes accomplies sur un territoire sont prises en compte par l'autre territoire pour l'ouverture ou le maintien d'un droit) et d'un droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité

- en cas de séjour temporaire dans l'un ou l'autre territoire (article 18),
- en cas de résidence en Nouvelle-Calédonie (prestations du régime métropolitain pour ceux qui sont en poste pour une durée inférieure à six mois - article 19),
- lorsque, retraités, ils résident en Nouvelle-Calédonie ou séjournent en métropole (article 21).

Les ayants droit bénéficient des mêmes prestations que l'ouvrant droit lorsqu'ils séjournent avec ou sans lui en métropole ou en Nouvelle-Calédonie (articles 18 § 3 et 21). Les ayants droit d'un fonctionnaire métropolitain affilié au régime calédonien, qui résident seuls en métropole, bénéficient des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime métropolitain, à charge du régime calédonien (articles 20). Enfin, les ayants droit des fonctionnaires retraités résidant en Nouvelle-Calédonie ouvrent également droit à prestations (article 21).

I.4. Absence de maintien de droit

Les personnes qui, étant en situation de maintien de droit au sens de l'article L.161-8 1^{er} alinéa du code de la sécurité sociale, quittent le territoire métropolitain pour s'installer en Nouvelle-Calédonie, ou qui demeurent sur ce territoire après avoir cessé leur activité professionnelle entraînant leur assujettissement à un régime métropolitain de sécurité sociale, ne conservent pas leurs droits aux prestations des assurances maladie et maternité, invalidité et décès du régime métropolitain dont ils relevaient précédemment pour les soins reçus en Nouvelle-Calédonie.

Cette disposition s'applique sans préjudice de la mise en œuvre des possibilités de transfert de résidence autorisé ou de séjour temporaire prévus aux articles 18 et 31 de l'accord de coordination.

TITRE II

DISPOSITIONS DE COORDINATION

II.1. Chapitre 1^{er} : assurance vieillesse et pensions de survivants

II.1.1. Ouverture des droits et calcul de la pension

Le décret de 1966 avait institué, en matière d'assurance vieillesse, un système de totalisation et proratisation obligatoire et prévoyait les modalités de calcul de chacune des parts, calédonienne et métropolitaine, de pension de vieillesse en cas de carrière effectuée par le travailleur en Nouvelle-Calédonie et en métropole.

Le nouveau mode de liquidation des pensions, inspiré de la législation communautaire, permet à chaque organisme liquidateur de procéder, si le droit est ouvert au regard de la législation qu'il applique, à une double liquidation compte tenu, d'une part des seules périodes valables au regard de la législation qu'il applique, et d'autre part de la totalisation des périodes accomplies sur l'un et l'autre territoire. Après avoir appliqué la règle du *pro rata temporis*, la solution la plus avantageuse pour l'intéressé est retenue. Si le droit n'est ouvert qu'en tenant compte de la totalisation des périodes, l'institution procède à une liquidation par totalisation-proratisation.

Pour une description complète des règles d'ouverture de droit et de calcul des pensions, il convient de se rapporter aux circulaires qui ont été prises pour l'application des règlements communautaires de coordination.

Certaines précisions nécessitent néanmoins être apportées.

1) Totalisation des périodes accomplies en Polynésie française (article 6 § 2)

La Nouvelle-Calédonie et la métropole étant toutes les deux liées à la Polynésie française par un accord de coordination prévoyant la totalisation des périodes d'assurance, le paragraphe 2 de l'article 6 prévoit que les périodes accomplies en Polynésie Française peuvent être prises en compte pour l'ouverture et, le cas échéant, le calcul plus favorable d'une pension de vieillesse dans le cadre de l'accord de coordination entre la métropole et la Nouvelle-Calédonie.

Pour appliquer cette nouvelle règle instituée par le paragraphe 2 de l'article 6, il convient de se reporter aux modalités de mise en œuvre de l'arrêt *Gottardo* de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) du 15 janvier 2002, qui ont été explicitées dans la circulaire DSS/DACI/2002/439 du 2 août 2002. Se fondant sur le principe fondamental d'égalité de traitement imposé dans le traité des Communautés européennes, la Cour de justice a jugé que les avantages découlant d'une convention bilatérale entre un Etat membre et un Etat tiers doivent être accordés, en principe, aux travailleurs d'autres Etats membres, qui ne sont pas parties à la convention.

2) Totalisation des périodes accomplies dans un régime spécial (article 6 § 3)

Si la législation d'un des territoires subordonne l'octroi de certaines prestations –et notamment, en ce qui concerne les régimes applicables en métropole et dans les DOM, le bénéfice de dispositions d'assurance vieillesse liquidées dans des conditions plus favorables que celles du régime général- à la condition que les périodes d'assurance aient été accomplies, soit dans un régime spécial, soit dans une profession ou un emploi déterminé, les périodes accomplies sur l'autre territoire ne sont prises en compte pour l'octroi de ces prestations que si elles ont été accomplies dans un régime correspondant ou dans la même profession ou le même emploi.

Les régimes spéciaux métropolitains susceptibles d'être concernés sont ceux visés aux 4° à 10° de l'article R.711-1 du code de la sécurité sociale (cf. régimes des marins, des mines, des chemins de fer, des électriciens et gaziers, des agents de la Banque de France...).

Exemple : des périodes effectuées par un travailleur dans des mines en Nouvelle-Calédonie pourront être prises en compte par le régime spécial des mineurs métropolitain pour le calcul de la pension servie par ledit régime.

Du côté calédonien, il n'y a pas de régimes spéciaux. Ces dispositions pourront toutefois trouver à s'appliquer pour le bénéficiaire, sans abattement, d'une pension à 55 ans réservée aux personnes ayant exercé pendant une période déterminée des activités pénibles, dangereuses ou nocives pour l'organisme.

Si les périodes d'assurance n'ont pas été accomplies sous un régime similaire ou dans la même profession ou dans le même emploi, elles ne pourront pas être prises en compte pour l'octroi de la prestation par totalisation. Dans ce cas, les périodes non totalisables au titre du droit à la prestation en cause (par exemple, au titre d'un régime spécial d'assurance vieillesse) pourront être prises en compte par un régime applicable aux travailleurs salariés.

3) Régimes spéciaux des agents civils et militaires de l'Etat (article 6 § 4 et 5)

En ce qui concerne les régimes spéciaux de retraite des fonctionnaires civils et militaires de l'Etat, des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et des ouvriers de l'Etat, d'une part, et le régime d'assurance vieillesse des fonctionnaires du territoire de la Nouvelle-Calédonie, d'autre part, les périodes effectuées par un assuré en qualité de fonctionnaire auprès du régime de retraite sur l'autre territoire sont prises en compte, le cas échéant, pour la totalisation, l'ouverture et le calcul des droits par un régime applicable aux travailleurs salariés. La réciproque n'est quant à elle pas possible, ces régimes spéciaux n'entrant pas dans le champ de l'accord.

Exemple : un assuré qui, après avoir été fonctionnaire en Nouvelle-Calédonie pendant 16 ans et avoir cotisé à ce titre au régime calédonien de retraite des fonctionnaires, s'installe en France métropolitaine où il exerce une activité salariée pendant 20 ans. Dans ce cas, les périodes d'assurance cotisées au régime des fonctionnaires de la Nouvelle-Calédonie sont prises en compte par le régime général des salariés en métropole pour l'ouverture et le calcul des droits de l'intéressé par totalisation-proratation (application de l'article 7).

La coordination directe entre les régimes de fonctionnaires des deux territoires étant prévue par l'article L.5 du code des pensions civiles et militaires, il n'a pas été jugé nécessaire de l'inclure dans le champ d'application de l'accord.

4) Calcul de la pension (article 7)

♦ La rédaction de l'article 7 a été modernisée et explicitée par rapport à celle de l'accord de coordination de 1966. Dans ce cadre, compte tenu de certaines particularités de la législation calédonienne (attribution d'un nombre de points minimum d'un niveau relativement élevé au titre de périodes d'assurance), les conditions de mise en œuvre du dispositif de détermination de la pension de vieillesse telles que précisées par l'accord (double calcul comparatif : pension déterminée par application de la seule réglementation du territoire ; pension par totalisation-proratation ; service de la pension la plus élevée) sont simplifiées.

En effet, le calcul comparatif opéré intervient entre :

- d'une part, une pension calédonienne obtenue par application de la législation de la Nouvelle-Calédonie (rémunération du nombre de points effectivement acquis en raison des cotisations versées au régime local) ; toutefois, les périodes d'assurance effectuées auprès d'un régime métropolitain d'assurance vieillesse sont également prises en compte pour l'ouverture du droit à pension calédonienne (totalisation pour apprécier l'accomplissement de la durée de stage de 5 ans requise pour l'ouverture du droit à pension) ;
- et, d'autre part, une pension obtenue par totalisation-proratation. La totalisation est opérée pour le décompte d'une durée d'assurance totale, en qualité de salarié, à laquelle est affecté un nombre de points minimum correspondant, tel que prévu par la législation calédonienne. Le montant de cette pension minimum est ensuite proratisé compte tenu de la durée d'assurance effectivement accomplie dans le territoire par rapport à la durée totale des périodes accomplies dans les deux territoires.

L'intéressé a droit à la pension la plus élevée.

Ce mode de calcul simplifié apparaît compatible avec les dispositions de l'accord dès lors qu'il n'aboutit pas à réduire les droits des intéressés.

♦ Les dispositions du chapitre vieillesse concernent l'ensemble des assurés dont les régimes d'assurance vieillesse figurent dans le champ d'application matériel de l'accord. Il en résulte notamment que, pour les personnes qui ont cotisé, à titre obligatoire ou volontaire, à un régime d'assurance vieillesse de non salariés inclus dans le champ d'application matériel de l'accord, les périodes de cotisations à un régime de non salarié effectuées sur un des territoires sont prises en compte pour l'ouverture et le calcul des droits à pension, dans les conditions prévues à l'article 7, par l'institution de l'autre territoire, soit au titre d'un régime de non salariés s'il existe, soit au titre d'un régime de salariés.

En ce qui concerne les dispositions relatives à la totalisation des périodes d'assurance, il est précisé que les périodes d'activité professionnelles antérieures à l'obligation de cotiser prises en considération par le régime calédonien ont été supprimées depuis 1995. La référence à ces périodes est toutefois maintenue pour tenir compte du fait que certains assurés qui ont fait liquider leurs pensions calédoniennes avant cette modification avec une prise en compte des périodes d'activité en cause, peuvent avoir une pension à liquider par un régime métropolitain qui totalise l'ensemble des périodes en cause.

5) Liquidations successives (article 8)

En cas de liquidations successives dues par exemple aux âges différents d'ouverture des droits à l'assurance vieillesse dans les deux législations métropolitaine et calédonienne, la pension déjà liquidée à l'intéressé ne fait pas l'objet d'un nouveau calcul, pour un assuré qui continue une activité et cotise auprès du régime de l'autre territoire, lorsque la pension due au titre du régime de ce dernier vient à être à son tour liquidée.

6) Règles de totalisation (article 9)

Si une même période d'assurance est validée par les deux régimes métropolitain et calédonien de sécurité sociale, des règles permettant d'éviter la superposition des périodes s'appliquent.

Le même article précise également les règles de conversion : ainsi, 3 mois, 13 semaines ou 66 jours sont équivalents à un trimestre. Ces dispositions, qui n'existaient pas dans l'ancien dispositif de coordination (et à défaut desquelles la CNAV et la CAFAT s'étaient accordées sur la règle de conversion 1 trimestre = 90 jours) sont nécessaires pour la prise en compte, par les régimes métropolitains qui calculent les droits en fonction de trimestres d'assurance, des périodes de cotisations à un régime calédonien transmises en jours, semaines et mois.

7) Eléments de calcul de la prestation (article 11)

Sont précisées les règles permettant le calcul, au titre de la législation calédonienne, de la pension à laquelle l'assuré peut prétendre si toutes les périodes d'assurance ou assimilées ont été accomplies exclusivement sur son propre territoire. Ces règles aboutissent à obtenir un nombre net moyen de points par année de cotisations en Nouvelle-Calédonie.

Le nombre net moyen de points est ensuite multiplié par le nombre total d'années de cotisations effectuées sur l'un et l'autre territoire pour obtenir le montant de la pension théorique qui est ensuite proratisé compte tenu du nombre d'années effectivement cotisées en Nouvelle-Calédonie.

Il convient de mentionner que, dans un premier temps, par souci de simplification, l'institution compétente calédonienne procède au calcul de la pension prévu à l'article 7 (double calcul) dans les conditions fixées *supra*.

II.1.2. Introduction et instruction des demandes de pension

Un assuré qui sollicite le bénéfice d'une pension de vieillesse en application de l'accord peut adresser sa demande à l'institution compétente de son lieu de résidence ou de dernière résidence. Il est bien entendu qu'il ne s'agit là que d'une faculté et que l'assuré peut, s'il le souhaite, adresser directement sa demande à l'institution compétente pour liquider ses droits à pension (article 13 de l'accord).

Chaque institution notifie au demandeur la décision prise et lui indique les voies et délais de recours. Cette information peut également être donnée l'institution compétente de l'autre territoire, mais uniquement si celle-ci en fait la demande (article 14).

II.1.3. Pensions de survivants

Les dispositions susvisées relatives aux pensions de vieillesse s'appliquent aux pensions de survivants que sont, au titre de la législation métropolitaine, l'allocation veuvage, la pension d'invalidité de veuf ou de veuve, la pension de réversion et à leurs équivalents pour les régimes spéciaux et aux pensions d'orphelin et, au titre de la législation calédonienne, l'allocation veuvage, les pensions de réversion et la pension d'orphelin.

II.2. Chapitre 2 : assurance maladie et maternité

II.2.1. Ouverture du droit et totalisation des périodes (article 17)

L'article 17 de l'accord de coordination prévoit que les personnes assurées du régime métropolitain ou calédonien de sécurité sociale et leurs ayants droit peuvent bénéficier des prestations d'assurance maladie et maternité prévues par le régime de leur territoire de résidence dès lors qu'elles remplissent, sur ce territoire, les conditions requises pour l'obtention des prestations en cause.

Si pour l'ouverture, le maintien ou le recouvrement du droit aux prestations, il doit être fait appel, pour compléter les périodes d'assurance ou assimilées accomplies sur ce territoire aux périodes d'assurance ou assimilées antérieurement accomplies sur l'autre territoire, l'information sur ces périodes d'assurance est fournie par l'institution du territoire à la législation duquel l'intéressé était soumis précédemment à l'aide d'une *attestation relative à la totalisation des périodes* (formulaire SE 988-02). Cette attestation est demandée par l'intéressé ou par l'institution compétente du territoire à la législation duquel il est soumis.

Il convient de souligner la spécificité de la législation calédonienne qui prévoit une ouverture différée des droits à l'assurance maladie et maternité d'un assuré par rapport à la période des cotisations versées. Les périodes d'assurance ou assimilées accomplies auprès d'un régime métropolitain sont totalisées pour l'ouverture des droits au regard du régime calédonien afin d'être prises en compte par ce dernier dans les mêmes conditions que si elles avaient été effectuées en Nouvelle-Calédonie. Si ces périodes d'assurance et assimilées ne comprennent pas les périodes dites de maintien de droit au sens de la législation métropolitaine (cf *supra* point I.4), il n'en est pas de même des périodes de chômage accomplies en métropole.

En effet, dans le cadre de la législation métropolitaine, les périodes de chômage indemnisé ne sont plus assimilées pour l'ouverture du droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, à des périodes d'activités salariées (cf décret n°80-220 du 25 mars 1980). Les périodes en cause sont neutralisées, c'est-à-dire qu'il n'en est pas tenu compte lors de l'examen des droits du requérant. L'organisme métropolitain se reporte, pour apprécier l'étendue de ceux-ci, à la date à laquelle l'intéressé a cessé son activité et lui maintient les droits dont il disposait à cette date. Néanmoins, ces périodes doivent être prises en compte pour l'ouverture, le maintien ou le recouvrement du droit aux prestations dans le cadre de l'accord de coordination avec la Nouvelle-Calédonie. La même solution a été adoptée dans le cadre de l'Union européenne (voir lettre ministérielle n°1460 du 2 décembre 1987).

Enfin, il est précisé que l'article 17 ne s'applique que s'il y a reprise d'une activité sur l'autre territoire, quelle que soit la durée de celle-ci. Dès lors, l'institution du territoire du nouvel emploi prend en compte les périodes d'assurance accomplies sur le territoire du précédent emploi comme si celles-ci avaient été accomplies sous sa propre législation.

II.2.2. Service des prestations (articles 18 à 22)

A. Dispositions communes à tous les assurés (article 18)

1) Les situations visées

Un assuré d'un régime métropolitain ou calédonien de sécurité sociale qui remplit les conditions requises pour avoir droit aux prestations de l'assurance maladie et maternité de son territoire d'affiliation, compte tenu le cas échéant des périodes d'assurance ou assimilées accomplies sur l'autre territoire, a droit aux prestations dans les situations suivantes :

- a) assuré dont l'état vient à nécessiter immédiatement des prestations au cours d'un séjour temporaire sur l'autre territoire

Cette situation vise notamment les assurés ou ses ayants droit (cf *infra*, point D) qui, à l'occasion d'un séjour de vacances sur l'autre territoire, doivent être soignés ou hospitalisés en urgence. L'institution du lieu de séjour sert alors les prestations en nature selon les dispositions de la législation qu'elle applique, pour le compte de l'institution d'affiliation (cf les modalités de remboursement entre institutions, point III.1). En cas de séjour sur le territoire métropolitain, l'assuré est tenu de présenter à la caisse d'assurance maladie du lieu de séjour une *attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité pendant un séjour sur l'autre territoire* (SE 988-03) délivrée par l'institution d'affiliation calédonienne. Elle indique que son bénéficiaire a droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité ainsi que la durée possible du service de ces prestations.

L'attestation précitée est remise à l'assuré qui en fait la demande avant son départ en séjour sur l'autre territoire ou est envoyée directement à l'institution du lieu de séjour si cette dernière l'a sollicitée. Les caisses métropolitaines délivrent donc les formulaires SE 988-03 soit directement aux assurés d'un régime métropolitain qui se rendent en séjour en Nouvelle-Calédonie, soit à la CAFAT si elle en fait la demande, afin que ces assurés bénéficient du service des prestations en Nouvelle-Calédonie.

Si les assurés d'un régime métropolitain n'accomplissent pas les démarches nécessaires leur permettant d'être pris en charge localement par le régime calédonien et acquittent leurs factures, les frais ainsi engagés peuvent leur être remboursés à leur retour en métropole par leur caisse d'affiliation, dans les conditions et limites prévues par la législation métropolitaine relative à la prise en charge des soins reçus à l'étranger (article R.332-2 du code de la sécurité sociale).

Seules les prestations d'immédiate nécessité sont servies dans le cadre d'un séjour temporaire (article 18 § 1 sous a). Il est rappelé que la notion d'immédiate nécessité est précisée dans la circulaire DCI/DH n°5 du 2 mars 1989 qui indique notamment que *"l'urgence devra être suffisamment explicitée (sans pour autant indiquer la nature exacte de l'affection afin que le certificat médical puisse circuler par les voies administratives) pour que les institutions étrangères ne contestent pas la notion d'immédiateté"*. S'il appartient aux médecins hospitaliers d'une part, et aux médecins conseils auprès des caisses d'assurance maladie d'autre part, de se prononcer sur l'urgence ou la nécessité de recevoir des soins au cours d'un séjour en France métropolitaine, les caisses de sécurité sociale doivent veiller, au besoin sur la base d'enquêtes réalisées par les services du contrôle médical, au respect de cette notion.

- b) assuré qui, après avoir été admis au bénéfice des prestations à charge de l'institution compétente, est autorisé par cette institution à retourner sur l'autre territoire ou à y transférer sa résidence

Il s'agit des assurés admis au bénéfice des prestations de l'institution dont ils relèvent qui souhaitent se rendre sur l'autre territoire pour y passer leur congé maladie ou leur convalescence ou qui transfèrent leur résidence sur l'autre territoire alors qu'ils sont en cours d'indemnisation ou ont acquis un droit à indemnisation.

- c) assuré qui est autorisé par l'institution d'affiliation à se rendre sur l'autre territoire pour y recevoir des soins appropriés à son état

Lorsque l'assuré est autorisé à recevoir des soins sur l'autre territoire, les prestations en nature sont servies, pour le compte de l'institution d'affiliation, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si l'assuré y était affilié. La durée du service des prestations est toutefois régie par la législation du territoire d'affiliation.

Le paragraphe 2 de l'article 18 précise les situations dans lesquelles l'autorisation requise pour des soins programmés sur l'autre territoire ne peut pas être refusée par l'institution d'affiliation. Il s'agit notamment des cas dans lesquels les soins en cause ne peuvent pas être dispensés dans un délai raisonnable sur le territoire d'affiliation. Pour l'interprétation de ce paragraphe, et plus spécialement sur la notion de délai raisonnable, il convient de s'en remettre à la législation communautaire telle qu'interprétée par la Cour de justice des Communautés européennes.

L'institution d'affiliation qui autorise l'assuré à conserver les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité s'il se rend sur l'autre territoire dans les cas visés aux points b) et c) ci-dessus, est tenue de remettre à l'intéressé, avant son départ, une *attestation concernant le maintien des prestations en cours de l'assurance maladie maternité* (SE 988-04). Cette attestation, remise à l'institution du lieu des soins, précise la durée du service des prestations.

2) Prolongation du droit aux prestations (cas visés aux points a, b et c)

Lorsqu'un arrêt de travail ou une prolongation d'arrêt de travail est prescrit dans le nouveau territoire de résidence ou de séjour, il appartient au travailleur susceptible de bénéficier de prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité de transmettre directement à sa caisse d'affiliation, dans les 48 heures (le cachet de la poste faisant foi), l'avis ou la prolongation d'arrêt de travail. La caisse compétente qui reçoit l'avis d'arrêt de travail délivre, le cas échéant, une nouvelle attestation de droit aux soins de santé si la première attestation est arrivée à expiration.

Les personnes qui ne sont pas susceptibles de bénéficier de prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité doivent, si l'attestation de droit qui leur a été délivrée arrive à expiration, s'adresser à l'institution du lieu de résidence afin que cette dernière réclame une nouvelle attestation à l'institution compétente, en lui présentant tout document médical utile afin de lui permettre de se prononcer sur la nécessité du renouvellement de l'imprimé.

Des contrôles médicaux peuvent être demandés à tout moment par la caisse d'affiliation à la caisse de nouvelle résidence.

En cas de refus de la prolongation, l'institution compétente le notifie au demandeur en lui indiquant le motif du refus, ainsi que les voies et délais de recours dont il dispose. L'institution compétente informe également l'institution du lieu de résidence de sa décision.

3) L'évacuation sanitaire (EVASAN)

Les prestations en nature visées à l'article 18 § 1 sous i) sont l'ensemble des prestations servies par l'institution compétente du lieu des soins. Il en résulte que l'EVASAN, y compris lorsqu'elle est effectuée à destination de l'Australie, étant une prestation du régime calédonien, les assurés d'un régime métropolitain séjournant ou résidant en Nouvelle-Calédonie peuvent en bénéficier dans les conditions de droit commun prévues par la législation applicable (application de l'égalité de traitement prévue à l'article 3 de l'accord de coordination).

Ainsi, lorsque le plateau sanitaire est insuffisant en Nouvelle-Calédonie, les soins peuvent être pratiqués à l'étranger sur décision d'une commission médicale de la CAFAT. Les frais de transport et d'hébergement, ainsi que l'intégralité des soins, sont alors pris en charge par le régime calédonien. Si le patient est un enfant de moins de 18 ans, les frais de transport et d'hébergement de l'accompagnateur (un parent) sont également pris en charge.

En règle générale, l'EVASAN est à destination de l'Australie (Sydney). Elle peut être à destination de la métropole, en particulier pour les retraités métropolitains. Si l'assuré se fait soigner en métropole pour convenance personnelle alors qu'une autorisation pour l'Australie avait été donnée, la prise en charge des frais de transport sera effectuée sur la base des tarifs de transport aérien applicables entre la Nouvelle-Calédonie et l'Australie.

En l'absence d'autorisation d'évacuation sanitaire, l'assuré qui décide néanmoins de se rendre en métropole pour y recevoir des soins supporte intégralement la charge des frais de transport engagés.

4) Application de l'article 18 de l'accord et de la législation calédonienne

Selon la législation calédonienne, le service des prestations de l'assurance maladie et maternité n'est pas limité au territoire calédonien et peut être effectué pour des soins reçus sur le territoire métropolitain.

Ainsi, les personnes assurées auprès de la CAFAT peuvent prétendre, lors de leurs séjours en métropole, à des prestations de l'assurance maladie maternité à double titre :

- soit au titre de la législation calédonienne : le remboursement des frais est effectué directement par la CAFAT selon les dispositions de la législation qu'elle applique. Les prestations servies sont celles du régime calédonien ;
- soit au titre de l'accord de coordination, dans le cadre de l'application de l'article 18 : les formulaires conventionnels sont alors délivrés et les prestations servies sont celles du régime métropolitain, pour le compte du régime calédonien.

Afin d'éviter l'enchevêtrement des possibilités, l'application de l'accord de coordination est fortement privilégiée. Toutefois, l'assuré de la CAFAT ne peut pas être privé des droits qu'il a au regard de la législation calédonienne et la décision d'être couvert soit par celle-ci soit par l'accord de coordination lui appartient en dernier lieu.

B. Service des prestations aux travailleurs détachés et autres situations particulières (article 19)

Sont visées à l'article 19 de l'accord de coordination toutes les situations résultant des dérogations au principe de la *lex loci laboris*, énumérées à l'article 4. Toutefois, pour des raisons de commodité et de simplicité, et même si les personnes concernées ne sont pas explicitement citées dans cet article, les termes "personnes visés à l'article 19" sont employés dans la présente circulaire pour désigner l'ensemble des situations y figurant.

Tandis que les prestations en espèces leur sont toujours versées directement par l'institution d'affiliation, les personnes visées à l'article 19 ont le choix, pour le service de leurs prestations en nature, entre celles du régime du territoire de l'exercice de la nouvelle activité et celles du régime de leur territoire d'affiliation. Ce droit d'option s'effectue pour chaque acte ou série d'actes, à chaque fois que la personne visée à l'article 19 demande le service d'une prestation. L'institution qui sert les prestations n'est donc pas toujours la même au cours d'une même période de détachement.

Les fonctionnaires métropolitains civils et militaires, qui sont appelés à exercer leurs fonctions en Nouvelle-Calédonie pour une durée inférieure à six mois et qui restent donc à ce titre affiliés au régime de sécurité sociale métropolitain pour l'ensemble des risques, bénéficient également de ce droit d'option. S'ils optent pour le service des prestations par la CAFAT, les prestations servies seront celles visées par la législation calédonienne. Si, au contraire, ces fonctionnaires optent pour le service des prestations directement par l'institution métropolitaine, les prestations servies seront celles visées par l'article D.712-54-2 du code de la sécurité sociale (décret actuellement en cours de signature). Enfin, les prestations servies en métropole, au cours de leurs séjours temporaires ou pour leurs ayants droit qui y résident, sont celles visées aux articles D.712-12 (pour les civils) et D.713-3 (pour les militaires) du code de la sécurité sociale.

1) Service des prestations en nature du régime d'affiliation

Les personnes visées à l'article 19, assurées auprès d'un régime métropolitain, qui résident ou séjournent en Nouvelle-Calédonie, bénéficient des prestations en nature dudit régime. Celles-ci leur sont servies dans les conditions prévues par le code de sécurité sociale pour les travailleurs à l'étranger (section V du chapitre 1er du titre VI du livre VII).

Les assurés, qui doivent faire l'avance des frais, adressent alors leur demande de remboursement à leur caisse d'affiliation en France métropolitaine, en y joignant les justificatifs des dépenses réellement acquittées, et notamment :

- le montant des honoraires versés au praticien,
- les prescriptions médicales et les factures correspondantes des produits pharmaceutiques, des examens de laboratoires, des fournitures autres que les médicaments ou d'appareillage,
- le montant des frais d'hospitalisation, des frais de séjour dans un établissement de soins, de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle.

Le remboursement est effectué, au vu de ces justificatifs, dans la double limite des frais réellement engagés et d'un barème métropolitain établi.

2) *Service des prestations en nature du régime du territoire d'activité professionnelle*

L'accord de coordination offre la possibilité aux personnes visées à l'article 19 de demander que les prestations en nature leur soient servies par l'institution du territoire sur lequel elles exercent leur activité professionnelle, dans les conditions de la législation qu'elle applique. Les personnes résidant en Nouvelle-Calédonie et relevant d'un régime métropolitain peuvent ainsi demander le service des prestations calédoniennes à la CAFAT.

Pour bénéficier desdites prestations, les intéressés doivent présenter à la caisse du lieu de résidence le *certificat d'assujettissement* (SE 988-01) et l'*attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité en cas de séjour professionnel sur l'autre territoire* (SE 988-07).

3) *Service des prestations en nature lorsque l'intéressé séjourne temporairement en métropole*

Dans ce cas précis, l'accord de coordination n'a plus d'utilité puisque l'assuré ou son ayant droit se trouve sur le territoire dont relève sa caisse d'affiliation. Les règles métropolitaines de service des prestations sont dès lors applicables.

C. Service des prestations aux titulaires de pension ou de rente (article 21)

1) *Un système innovant*

Dans le cadre de l'ancien dispositif de coordination, le mécanisme des soins de santé aux pensionnés est celui qui engendrait le plus de difficultés du fait de son caractère inéquitable. Il était en effet prévu que les bénéficiaires de pensions servies par un régime d'assurance vieillesse, qui n'effectuaient aucun travail salarié, avaient droit, lorsqu'ils résidaient sur l'autre territoire, aux prestations en nature d'assurance maladie à la charge du territoire de résidence, quel que soit le régime débiteur de leur pension. Compte tenu du nombre plus important de titulaires de pension d'un régime métropolitain résidant en Nouvelle-Calédonie, par rapport au nombre de titulaires de pension d'un régime calédonien résidant en métropole, ces dispositions étaient particulièrement pénalisantes pour la CAFAT.

Les modifications apportées permettent de remédier à ce déséquilibre en mettant en place un système innovant. Ainsi, tandis que la charge des prestations servies au mono-pensionné (titulaire d'une pension ou d'une rente servie par un seul des régimes métropolitain ou calédonien) incombe au régime débiteur de la pension ou de la rente, celle des prestations servies au bi-pensionné (titulaire de pensions ou de rentes servies à la fois par un régime métropolitain et par un régime calédonien) incombe à l'institution compétente du lieu des soins (résidence ou séjour temporaire). Dans ce dernier cas, la charge des prestations n'est pas toujours supportée par la même institution et varie en fonction du lieu où sont dispensés les soins ; chaque institution sert les prestations et en assume la charge conformément aux dispositions de la législation qu'elle applique.

Afin de compenser cette répartition de la charge des prestations, chaque pension ou rente donne lieu aux prélèvements des cotisations et contributions de l'assurance maladie et maternité prévues par la législation qu'applique l'institution débitrice de cette pension ou rente.

Ainsi, les pensionnés d'un régime métropolitain résidant en Nouvelle-Calédonie sont redevables d'une cotisation au titre du deuxième alinéa de l'article L.131-7-1 du code de la sécurité sociale, dont le taux est fixé aux articles D.242-8 et D.711-5 3° et 4° de ce code (2,80% sur les avantages de retraite servis par les organismes du régime général de sécurité sociale des salariés, 3,80% sur les avantages de retraite autres que ceux servis par les organismes du régime général de sécurité sociale des salariés).

Il est précisé que l'article 21 s'applique à l'ensemble des titulaires de pension ou de rente relevant des régimes couverts par l'accord, y compris les pensionnés d'un régime de fonctionnaires.

2) Service des prestations en cas de résidence et de séjour

- le monopensionné

Lorsqu'il réside sur le territoire autre que celui de l'institution débitrice de sa pension, le titulaire de pension ou de rente d'un seul régime métropolitain ou calédonien a droit aux prestations de l'assurance maladie et maternité, qui lui sont servies par l'institution du lieu de sa résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, à la charge de l'institution débitrice de sa pension. Le remboursement s'effectue sur la base des dépenses réelles (cf remboursement, point III.1). Le titulaire de pension ou de rente est tenu de se faire inscrire auprès de l'institution du lieu de sa résidence à l'aide de l'*attestation pour l'inscription du titulaire de pension ou de rente et de ses ayants droit* (SE 988-06) qui est délivrée par l'institution d'affiliation, soit directement au pensionné, soit à l'institution du lieu de résidence si cette dernière la demande.

Tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (suspension ou suppression de la pension, de la rente, changement de lieu de résidence, séjour sur le territoire autre que celui de sa résidence, etc.) doit être signalé à l'institution de lieu de résidence, qui en informe l'institution compétente. Cette dernière transmet alors l'imprimé *Notification de suspension ou de suppression du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité* (SE 988-08) à l'institution du lieu de résidence, qui le complète et le renvoie à l'institution compétente.

En cas de séjour du titulaire de pension ou de rente sur le territoire de l'institution débitrice de la pension ou de la rente, les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité lui sont servies par cette institution, à sa charge, dans les mêmes conditions que s'il résidait habituellement sur ce territoire. L'intéressé doit présenter son titre de pension ou de rente lorsqu'il s'adresse, en métropole, à la caisse compétente dans la circonscription de laquelle les soins ont été dispensés. Lors d'un séjour en métropole, il prouve ainsi sa résidence en Nouvelle-Calédonie ainsi que le précompte de cotisation sur sa pension ou sa rente.

Lorsque le mono-pensionné réside sur le territoire de l'institution débitrice de sa pension et qu'il séjourne sur l'autre territoire, les dispositions de l'article 18 § 1 a) sont applicables ; seules les prestations en nature d'immédiate nécessité lui sont servies, dans les conditions explicitées *supra* (cf point A), à la charge de l'institution débitrice de la pension.

En application de l'article 18 § 1 sous b) et c), le mono-pensionné qui a droit aux prestations du régime du territoire de résidence, peut également obtenir l'autorisation de se rendre sur l'autre territoire dans le cadre du transfert de résidence autorisé ou pour y recevoir des soins.

Exemple : un titulaire d'une seule pension d'un régime métropolitain, qui réside en Nouvelle Calédonie, a droit sur ce territoire aux prestations de l'assurance maladie servies par l'institution calédonienne (CAFAT) selon les dispositions de la législation calédonienne, à la charge définitive de l'institution métropolitaine. Le remboursement entre institutions a lieu sur la base des dépenses réellement engagées. Lorsque le pensionné se rend en séjour en métropole, les prestations qu'il reçoit sont servies par l'institution de ce territoire, comme s'il y résidait, sur présentation de son titre de pension.

Ce même titulaire de pension qui réside en métropole n'aura droit qu'à la prise en charge des soins urgents lorsqu'il se rend en séjour en Nouvelle-Calédonie. Il pourra y recevoir des soins programmés après autorisation de sa caisse d'affiliation.

- le bi-pensionné

Qu'il réside ou séjourne sur l'un ou sur l'autre territoire, le bi-pensionné a droit aux prestations servies par l'institution du lieu des soins, à la charge de celle-ci. Lorsque le pensionné réside en Nouvelle-Calédonie et séjourne en métropole, les prestations lui sont servies dans les mêmes conditions que s'il y résidait, sur présentation de son titre de pension justifiant ainsi son adresse en Nouvelle-Calédonie et le précompte de cotisation.

La présentation du titre de pension est particulièrement importante pour les pensionnés qui ne sont pas de nationalité française, afin de prouver qu'ils relèvent bien du champ d'application de l'accord de coordination.

Exemple : un titulaire de pension du régime général métropolitain et de pension du régime calédonien, qui réside habituellement en Nouvelle-Calédonie, est à la charge de l'institution calédonienne pour les soins qui lui sont dispensés sur ce territoire.

Toutefois, si ce pensionné reçoit des soins alors qu'il se trouve en séjour en métropole, la charge en incombera à l'institution métropolitaine. Celle-ci prélève, sur la pension qu'elle verse uniquement, les cotisations et contributions dues au titre de la législation métropolitaine. Aucun remboursement entre institutions n'a lieu ultérieurement.

D. Service des prestations aux ayants droit

1) Détermination de la qualité d'ayant droit

La qualité d'ayant droit du travailleur et du titulaire de pension ou de rente est déterminée conformément à la législation du territoire de résidence de l'ayant droit. Cette solution traditionnelle pour les caisses métropolitaines, correspond à un besoin pratique puisque l'institution de résidence des ayants droit est plus apte à vérifier que ces derniers remplissent les conditions fixées par sa propre législation pour bénéficier de cette qualité (reprise d'activité, conditions d'âge, etc.).

Toutefois, la qualité d'ayant droit du travailleur détaché est toujours déterminée par la législation de l'institution d'affiliation.

Il est précisé que la qualité d'ayant droit d'un travailleur ou d'un pensionné prime sur la simple qualité de résident dès lors que la résidence ouvre le cas échéant, à ce seul titre, des droits. Dans ces conditions, l'article 20 § 3 alinéa 3 de l'accord prévoit que le droit propre permettant de ne plus couvrir une personne en qualité d'ayant droit, doit être "*lié à une activité professionnelle ou à un avantage personnel contributif*" (par exemple, un avantage de retraite).

2) Prestations servies aux ayants droit

- ayants droit du travailleur

Les ayants droit du travailleur, qui résident sans celui-ci sur le territoire autre que le territoire d'affiliation, bénéficient des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, servies par l'institution du lieu de leur résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, à la charge de l'institution d'affiliation du travailleur (article 20). A cette fin, ils sont tenus de s'inscrire auprès de l'institution du lieu de leur résidence par l'intermédiaire d'une *attestation pour l'inscription des ayants droit du travailleur ou du titulaire de pension ou de rente* (SE 988-05), délivrée à leur demande ou à celle du travailleur par l'institution d'affiliation.

Les ayants droit d'un assuré d'un régime métropolitain de sécurité sociale, qui résident en métropole alors que l'ouvrant droit est occupé en Nouvelle-Calédonie, bénéficient des prestations métropolitaines directement servies par l'institution d'affiliation de l'ouvrant droit.

Les ayants droit du travailleur qui résident avec lui sur le territoire d'affiliation bénéficient, dans les mêmes conditions que la personne assurée, des dispositions de l'article 18 de l'accord (cf *supra* point II.2.2.A). Ainsi, en cas de séjour sur l'autre territoire, les prestations sont servies aux ayants droit qui accompagnent l'assuré mais aussi lorsqu'ils se déplacent individuellement, sans celui-ci.

Enfin, les ayants droit des personnes visées à l'article 19 doivent résider avec l'ouvrant droit pour bénéficiaire, dans les mêmes conditions, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité (application de l'article 19, cf *supra* point B). Lorsqu'ils restent sur le territoire d'affiliation de l'assuré, les ayants droit bénéficient des prestations servies directement par l'institution compétente.

- ayants droit du titulaire de pension ou de rente

Les ayants droit du mono-pensionné, qui résident avec lui sur le même territoire, bénéficient, dans les mêmes conditions que l'ouvrant droit, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité (cf *supra* point C). La même solution vaut également, en cas de séjour temporaire sur l'autre territoire, que les ayants droit accompagnent le pensionné ou qu'ils se déplacent individuellement.

Si les ayants droit ne résident pas sur le même territoire que le titulaire de pension ou de rente, les dispositions de l'article 20 relatives aux ayants droit du travailleur leur sont applicables par analogie (cf *supra*, ayants droit du travailleur, alinéas 1 et 2). La charge des prestations qui leur sont servies incombe au régime de l'institution débitrice de la pension ou de la rente.

Les ayants droit du bi-pensionné, qui résident avec ou sans l'ouvrant droit, ont droit aux prestations en nature, dans les mêmes conditions que celui-ci (cf point C). La charge en incombe à l'institution du lieu de leur résidence (article 21 § 3 alinéa 2).

Toutefois, en cas de séjour sur l'autre territoire, les prestations sont servies aux ayants droit qui accompagnent le pensionné ou qui se déplacent individuellement, dans le cadre de l'article 18 de l'accord.

E. Prothèses et grand appareillage

L'octroi de prothèses et du grand appareillage, dont la liste figure en l'annexe de l'accord, est subordonné, sauf en cas d'urgence, à l'autorisation préalable de l'institution d'affiliation. Le seuil au-delà duquel l'autorisation est requise est fixé à 500 euros. A titre indicatif, le taux de conversion entre l'euro et le franc pacifique est le suivant : 1 euro = 119 FCFP.

Les cas d'urgence, pour lesquels l'autorisation n'est pas requise, sont ceux où le service des prestations ne peut être différé sans mettre en danger la vie ou sans compromettre la santé de l'intéressé. La notion d'urgence peut notamment être établie par la simple nécessité de renouveler une fourniture cassée ou détériorée. Cette nécessité doit être justifiée, par exemple par la production d'un certificat médical attestant le besoin de remplacement de la fourniture.

Afin de limiter les effets restrictifs d'une autorisation, celle-ci n'est exigée que dans les cas de séjour sur l'autre territoire, et non pas lorsque le bénéficiaire de la prothèse ou du grand appareillage réside de manière stable sur le territoire autre que le territoire d'affiliation (cas des pensionnés et des membres de leur famille, des ayants droit du travailleur résidant seuls, etc.). Il a en effet paru important, dans ces situations, de laisser une marge d'appréciation à l'institution du lieu de résidence qui est mieux à même d'évaluer l'état de santé et les besoins de l'intéressé.

Pour obtenir l'octroi de prothèses ou du grand appareillage, l'institution du lieu de séjour ou de résidence adresse une demande d'autorisation à l'institution d'affiliation au moyen de l'imprimé *Prothèses et grand appareillage* (SE 988-10).

II.3. Chapitre 3 : assurance invalidité (articles 23 à 28)

Comme pour l'assurance vieillesse, aucune clause de résidence ne peut être opposée pour l'octroi d'une prestation de l'assurance invalidité (article 23). De la même manière, les règles d'ouverture des droits et de totalisation des périodes sont identiques à celles explicitées *supra* concernant l'assurance vieillesse (cf point II.1.1.).

Les règles de coordination permettent ainsi de totaliser les périodes de cotisation effectuées dans les deux territoires pour l'ouverture des droits éventuels à pension, mais le montant de celle-ci est toujours calculé sur la base des seuls revenus perçus sur le territoire servant la pension, salaires pour lesquels des cotisations ont été prélevées. La réglementation française (articles R.341-4 et suivants du code de la sécurité sociale) prévoit que, dans tous les cas, la pension d'invalidité constitue une fraction du salaire annuel moyen correspondant à des cotisations versées à un régime métropolitain de sécurité sociale.

Cette règle vaut pour tous les accords de coordination de sécurité sociale en vigueur, y compris au sein de l'Union européenne. Elle ne permet donc pas de prendre en compte des salaires perçus en Nouvelle-Calédonie pour le calcul d'une pension d'invalidité versé par le régime métropolitain.

Les modalités de liquidation d'une pension d'invalidité sont celles qui existent dans la plupart des conventions bilatérales. Il est à noter que la pension d'invalidité est à la charge exclusive de l'institution du dernier territoire d'affiliation (article 25).

II.4. Chapitre 4 : assurance décès (article 29)

Le bénéfice du capital décès est largement ouvert, puisqu'il peut être versé quelle que soit la résidence des ayants droit et quel que soit le lieu de décès de l'assuré. L'article 29 de l'accord vient ainsi confirmer les règles d'ouverture du droit appliquées en métropole en matière d'assurance décès (cf la circulaire n°DSS/DAEI/2000/395 du 12 juillet 2000 relative au versement du capital décès aux ayants droit d'un assuré d'un régime français de sécurité sociale).

Si la charge du capital décès incombe à l'institution compétente lors de la survenance du décès, il est précisé qu'il peut y avoir deux institutions compétentes et donc, en l'absence volontaire de règles de non cumul, le versement d'un capital décès de chaque côté.

Afin de bénéficier du capital décès en vertu de la législation métropolitaine ou calédonienne, le requérant est tenu d'adresser sa demande soit directement à l'institution compétente, soit à l'institution du lieu de sa résidence qui y porte la date de réception et la transmet à l'institution compétente de l'autre territoire. Si, pour l'ouverture du droit, il est nécessaire de faire appel à la totalisation des périodes conformément à l'article 17 de l'accord de coordination, l'*attestation relative à la totalisation des périodes* (SE 988-02) est utilisée.

II.5. Chapitre 5 : assurance accidents du travail et maladies professionnelles (articles 30 à 39)

II.5.1. Droit aux prestations

Comme pour les assurances vieillesse et invalidité, aucune clause de résidence ne peut être opposée pour l'octroi d'une prestation de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle (article 30).

De la même manière, les clauses de résidence sont levées pour le bénéfice des majorations ou allocations complémentaires accordées en supplément ou en remplacement des rentes d'accident du travail. L'intéressé qui sollicite le bénéfice de ces majorations ou allocations complémentaires adresse sa demande à l'institution compétente du territoire où il réside ou, s'il ne réside ni en métropole ni en Nouvelle-Calédonie, à l'institution compétente du territoire où il a exercé en dernier lieu son activité, selon les modalités prévues par la législation qu'applique cette institution. L'institution qui a reçu la demande transmet celle-ci à l'institution compétente débitrice de la rente en y joignant un rapport médical et toutes autres pièces justificatives nécessaires.

Le droit aux prestations est plus ouvert dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladie professionnelle que dans celui de l'assurance maladie et maternité. Ainsi, en cas de séjour sur l'autre territoire, le titulaire d'une rente bénéficie de toutes les prestations en nature et pas seulement des prestations d'immédiate nécessité.

Les critères retenus pour obtenir l'autorisation préalable permettant d'obtenir des soins programmés sur l'autre territoire sont identiques à ceux appliqués pour l'article 18 § 1 sous c). L'appréciation de ces critères s'effectue sur un plan strictement médical.

II.5.2. Service des prestations

Les modalités de service des prestations en nature à un assuré, victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, en séjour temporaire ou en transfert de résidence autorisé, sont identiques à celles appliquées en matière d'assurance maladie et maternité telles que précisées supra (cf application de l'article 18, point II.2.2.A).

Les prestations en nature sont servies par l'institution du lieu de séjour ou de résidence pour le compte de l'institution compétente, tandis que les prestations en espèces sont versées directement par l'institution d'affiliation conformément à la législation qu'elle applique. Pour le bénéfice de celles-ci, en cas d'arrêt de travail ou de prolongation d'arrêt de travail, le travailleur est tenu de faire parvenir directement, dans les 48 heures (le cachet de la poste faisant foi), à sa caisse d'affiliation, l'avis d'arrêt de travail ou la prolongation d'arrêt de travail établi par le médecin traitant.

Le formulaire SE 988-09 *Attestation concernant les prestations de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle*, atteste de l'ouverture du droit aux prestations. Si, conformément à l'option instituée à l'article 32 de l'accord pour les travailleurs détachés, le service des prestations en nature de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle est effectué par l'institution du lieu de la nouvelle résidence, celle-ci doit recevoir le même formulaire accompagné du *certificat d'assujettissement* (SE 988-01).

Lorsque l'accident du travail survient ou lorsque la maladie professionnelle est médicalement constatée pour la première fois sur l'autre territoire, la déclaration de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle doit être faite à l'institution d'affiliation de l'assuré soit directement, soit par l'intermédiaire de l'institution compétente de l'autre territoire (CAFAT en Nouvelle-Calédonie), conformément à la législation applicable sur l'un ou l'autre territoire. Cette déclaration doit être accompagnée des certificats médicaux établis sur le territoire où est survenu l'accident du travail ou sur lequel a été médicalement constatée la maladie professionnelle.

II.5.3. Contestation du caractère professionnel de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle

Lorsque l'institution d'affiliation conteste que, pour l'accident ou la maladie dont elle est avisée dans les conditions énoncées ci-dessus (cf point II.5.1.), la législation relative aux accidents du travail ou aux maladies professionnelles est applicable, elle en avise immédiatement l'institution de l'autre territoire (CAFAT en Nouvelle-Calédonie). Si des droits sont ouverts au titre de l'assurance maladie, les prestations en nature servies sont alors considérées comme relevant de cette assurance et continuent à être servies à ce titre.

II.6. Chapitre 6 : prestations familiales (articles 40 à 42)

II.6.1. Ouverture du droit

Dès lors que l'institution compétente d'un des territoires subordonne l'acquisition du droit aux prestations familiales à l'accomplissement de périodes d'assurance ou d'emploi ou d'activité non salariée, elle tient compte, à cet effet, dans la mesure nécessaire, des périodes d'assurance ou d'emploi ou d'activité non salariée accomplies sur l'autre territoire, comme s'il s'agissait de périodes accomplies sous la législation qu'elle applique.

La législation calédonienne subordonnant l'acquisition du droit aux prestations familiales à l'accomplissement de périodes d'assurance ou d'emploi ou d'activité non salariée, la CAFAT demande à la caisse d'allocations familiales du dernier lieu de travail de l'assuré, chaque fois qu'il est nécessaire de faire appel aux périodes accomplies par le travailleur en France métropolitaine, de lui indiquer le nombre de jours de travail accomplis. L'*attestation concernant la totalisation des périodes d'assurance, d'emploi ou d'activité non salariée en vue de l'ouverture du droit aux prestations familiales* (SE 988-12), est utilisée à cette fin. Cette attestation peut être établie à la demande de l'assuré.

II.6.2. Versement des prestations familiales aux membres de famille résidant sur l'autre territoire

1) Membres de la famille d'un travailleur

Le travailleur salarié ou assimilé, le travailleur non salarié ou le chômeur indemnisé (cf supra la notion de travailleur, point I.1.2.) a droit, pour les membres de sa famille qui ne résident pas sur le territoire de l'institution d'affiliation, aux prestations familiales prévues par la législation du territoire de résidence de la famille. Le service des prestations familiales est assuré par l'institution compétente du territoire de résidence des enfants, conformément à sa législation, compte tenu le cas échéant de l'accomplissement des conditions d'activité ou d'affiliation sur l'autre territoire du travailleur, et à sa charge.

S'agissant d'un travailleur soumis à la législation calédonienne, il a droit, pour les membres de sa famille qui résident en France métropolitaine, aux prestations familiales prévues par la législation métropolitaine et à charge du régime métropolitain (dès lors que ces prestations sont servies sous condition de résidence).

S'agissant du travailleur soumis à la législation métropolitaine, il a droit, pour les membres de sa famille qui résident en Nouvelle-Calédonie, aux prestations familiales calédoniennes servies par la CAFAT, et à sa charge, dès lors qu'il satisfait en France métropolitaine aux conditions d'activité, de rémunération ou d'indemnisation suivantes :

- pour le travailleur salarié ou assimilé : justifier des conditions minimales d'activité ou de rémunération pour bénéficier des prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité, ou bénéficier de ces prestations ou bénéficier de prestations en espèces de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles ;
- pour le travailleur non salarié : être assuré et cotiser pour le risque vieillesse dans un régime obligatoire métropolitain correspondant à sa profession ;
- bénéficier de prestations de chômage.

Dès lors que le travailleur remplit en France métropolitaine les conditions d'activité ou d'affiliation requises, il lui appartient d'adresser à la CAFAT une *attestation en vue de l'octroi des prestations familiales aux membres de la famille d'un travailleur salarié ou non salarié, d'un chômeur indemnisé ou d'un titulaire de pension ou de rente qui résident sur le territoire autre que le territoire compétent* (SE 988-13), et délivrée par sa caisse d'allocations familiales. Cette attestation peut être adressée directement par la CAF à la CAFAT si cette dernière en fait la demande.

2) Membres de la famille d'un titulaire de pension ou de rente

Le titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail d'un taux d'incapacité au moins égal à 66,66% bénéficient des prestations familiales pour les membres de sa famille qui résident sur l'autre territoire, dans les mêmes conditions que celles énumérées ci-dessus pour les membres de famille du travailleur.

II.6.3. Situations particulières

Il est appliqué aux personnes visées aux paragraphes 4 et 6 de l'article 4 de l'accord (travailleurs détachés et autres situations particulières) les règles habituelles fixées dans les conventions bilatérales conclues par la France. Ainsi, l'institution compétente sert directement à l'intéressé les prestations familiales énumérées à l'article 42 de l'accord de coordination. Du côté métropolitain, il s'agit des allocations familiales et de l'allocation pour jeune enfant servie jusqu'aux trois mois de l'enfant ; du côté calédonien, des allocations familiales et des allocations pré et post natales.

Les fonctionnaires métropolitains actifs ou pensionnés, qui sont exclus du champ d'application de l'accord pour cette branche (cf supra champ d'application matériel, point I.1.2), continuent de bénéficier en Nouvelle-Calédonie des prestations familiales métropolitaines, en vertu du décret n°51-511 du 5 mai 1951 pour les civils, et du décret n°51-1135 du 11 octobre 1951 pour les militaires. Les fonctionnaires de la Nouvelle-Calédonie sont également exclus des dispositions de coordination en matière de prestations familiales.

TITRE III

DISPOSITIONS FINANCIERES ET DIVERSES

III.1. Remboursements

III.1.1. Objet des remboursements

Les prestations qui font l'objet d'un remboursement entre institutions sont les prestations en nature des assurances maladie, maternité et accidents du travail, qui ont été servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence.

III.1.2. Procédure de remboursement

Dans un souci de transparence des relations financières et afin de se rapprocher au plus près de la réalité du coût des soins, le nouvel accord met fin au système de remboursement des prestations en nature sur forfait et adopte le système de remboursement sur la base des dépenses effectives, qui existe dans l'Union européenne pour la plupart des situations.

Ce remboursement sur factures s'effectue, par l'intermédiaire des organismes de liaison, sur présentation semestrielle des *relevés individuels des dépenses effectives* (formulaire SE 988-14), accompagnés d'un bordereau récapitulatif (lettre de créance).

III.1.3. Frais de gestion

Afin de compenser les frais de gestion engagés par chacune des deux parties, les remboursements pourront être majorés d'un pourcentage déterminé en commun par les autorités compétentes. A l'heure actuelle, aucun pourcentage n'a été arrêté. Il convient donc de procéder au strict remboursement des dépenses engagées.

III.2. Modalités d'application

Les modèles de formulaires nécessaires à l'application de l'accord sont joints en annexe à la présente circulaire.

Une commission mixte chargée de suivre l'application de l'accord de coordination et d'en proposer les éventuelles modifications, est créée. Elle est composée des représentants des autorités compétentes de chaque territoire.

Les organismes de liaison pour l'application de l'accord, s'agissant de toutes les catégories de personnes en relevant, sont le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) du côté métropolitain, et la Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs (CAFAT) du côté calédonien.

III.3. Entrée en vigueur

L'article 49 de l'accord de coordination prévoit une date d'entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2002. Toutefois, compte tenu des informations fournies dans l'introduction de la présente circulaire, il convient de ne pas tenir compte de cette date. L'accord de coordination est par conséquent applicable à compter du 1^{er} décembre 2002, premier jour du mois suivant la publication du décret portant coordination.

Les droits liquidés sous l'empire du décret n°66-846 du 14 novembre 1966 et du décret n°82-189 du 24 février 1982, demeurent acquis.

Les demandes de prestations formulées avant l'entrée en vigueur du nouvel accord, mais n'ayant pas donné lieu, à cette date, à une décision, sont examinées au regard des décrets susvisés et du nouvel accord. La solution la plus favorable pour l'assuré est retenue.

Nouvelle Calédonie

Liste des imprimés

- SE 988-01 Certificat d'assujettissement.
- SE 988-02 Attestation relative à la totalisation des périodes d'assurance.
- SE 988-03 Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité pendant un séjour sur l'autre territoire.
- SE 988-04 Attestation concernant le maintien des prestations en cours de l'assurance maladie maternité.
- SE 988-05 Attestation pour l'inscription des ayants droit du travailleur ou du titulaire de pension ou de rente.
- SE 988-06 Attestation pour l'inscription du titulaire de pension ou de rente et de ses ayants droit.
- SE 988-07 Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité en cas de séjour professionnel sur l'autre territoire.
- SE 988-08 Notification de suspension ou de suppression du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité.
- SE 988-09 Attestation concernant les prestations de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle.
- SE 988-10 Prothèses et grand appareillage.
- SE 988-11 Attestation concernant la carrière d'assurance
- SE 988-12 Attestation concernant la totalisation des périodes d'assurance, d'emploi ou d'activité non salariée en vue de l'ouverture du droit aux prestations familiales.
- SE 988-13 Attestation en vue de l'octroi des prestations familiales aux membres de la famille d'un travailleur salarié ou non salarié, d'un chômeur indemnisé ou d'un titulaire de pension ou de rente qui résident sur le territoire autre que le territoire compétent.
- SE 988-14 Relevé individuel des dépenses effectives.

CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT

(Article 4, paragraphes 2, 3 et 6 de l'accord)

L'institution compétente du territoire à la législation duquel le travailleur reste maintenu remplit le formulaire, à la demande de l'employeur ou du travailleur non salarié, et le remet au demandeur. En cas de prolongation ou de détachement exceptionnel, dès lors que l'accord est obtenu, l'institution qui a délivré le certificat de détachement initial en est informée et délivre un nouvel imprimé SE 988-01.

- Détachement initial
 Prolongation de détachement
 Dérogation exceptionnelle

Dossier n°⁽¹⁾

⁽¹⁾ Ce numéro ainsi que le numéro d'immatriculation doit être rappelé dans toute correspondance adressée par le travailleur détaché à l'organisme d'affiliation.

1.	RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR	<input type="checkbox"/> salarié	<input type="checkbox"/> non salarié
1.1	Nom	Nom de naissance	
1.2	Prénoms		
1.3	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin - <input type="checkbox"/> Féminin	Nationalité :	
1.4	<input type="checkbox"/> Célibataire - <input type="checkbox"/> Marié(e) - <input type="checkbox"/> Veuf(ve) - <input type="checkbox"/> Divorcé(e) - <input type="checkbox"/> Séparé(e)		
1.5	Date de naissance :	Lieu de naissance :	
1.6	Adresse précise du travailleur :		
	sur le territoire d'affiliation		
	sur le territoire où il est détaché		
1.7.	Profession		
1.8	Numéro d'immatriculation au régime français :		
	Numéro d'immatriculation au régime Calédonien :		

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES AYANTS DROIT QUI L'ACCOMPAGNENT

	Nom	Prénoms	Date de naissance	Degré de parenté	Observations
2.1
2.2
2.3
2.4

3. EMPLOYEUR ACTIVITE NON SALARIEE

3.1 Nom ou raison sociale :

3.2 Numéro d'identification :

3.3 Adresse :

Téléphone : Télécopie :

E-mail :

4. L'ASSURE DESIGNÉ CI-DESSUS :

Est détaché ou exercera une activité non salariée pendant une période allant probablement
du au

dans l'établissement suivant :

Nom ou raison sociale :

Numéro d'identification :

Adresse :

Téléphone : Télécopie :

E-mail.....

Pour y effectuer le travail décrit ci-dessous :

.....

.....

.....

5. L'INSTITUTION COMPETENTE DESIGNEE CI-DESSOUS :

Dénomination :

Adresse :

.....

atteste, par le présent certificat, que :

M.....

reste soumis à la législation de sécurité sociale

- de Nouvelle Calédonie
 - de métropole
- du au

dans le cadre de :

- détachement initial
- prolongation de détachement *
- dérogation exceptionnelle *

* références de l'accord donné par les autorités calédoniennes métropolitaines :

.....

A, le

Signature du représentant de l'organisme
(désignation et cachet)

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de cinq pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

RENSEIGNEMENTS À L'USAGE DU TRAVAILLEUR DÉTACHÉ

A – Détachement initial

Pour les travailleurs salariés la durée de détachement initial est fixée à deux ans (*article 4, paragraphe 2, alinéa 1*). Elle est fixée à une année pour les travailleurs non salariés (*article 4, paragraphe 3*). L'employeur ou le travailleur non salarié doit demander à la caisse compétente la délivrance du certificat d'assujettissement. Ce document est émis :

- en ce qui concerne la législation française, par la caisse dont relève le salarié ou le non salarié ou, en ce qui concerne les salariés du régime général, la caisse d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve l'entreprise dont dépend le travailleur ;
- en ce qui concerne la législation calédonienne, par la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT).

B – Prolongation

La durée du détachement du travailleur salarié peut être prorogée pour une nouvelle période de deux ans, sous réserve de l'accord des autorités administratives compétentes métropolitaines et calédoniennes ou des organismes désignés à cet effet par ces autorités (*article 4, paragraphe 2, alinéa 2, de l'accord*). La durée du détachement du travailleur non salarié peut être prorogée pour une nouvelle période d'une année sous réserve de l'accord des autorités administratives compétentes des régimes français et calédoniens ou des organismes désignés à cet effet par ces autorités (*article 4, paragraphe 3 de l'accord*).

Il appartient à l'employeur de s'adresser avant l'expiration de la période initiale,

- en ce qui concerne une demande de maintien à la législation française : au Directeur du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, 11 rue de la Tour des Dames - 75436 Paris cedex 09 ;
www.detachement@cleiss.fr
- en ce qui concerne une demande de maintien à la législation calédonienne : au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie (Direction des affaires sanitaires et sociales).

C - Détachement exceptionnel (*article 4, paragraphe 6, de l'accord*)

Pour pouvoir obtenir un accord dans le cadre de l'article 4, paragraphe 6, de l'accord, il appartient à l'employeur de s'adresser :

- en ce qui concerne une demande de maintien à la législation française : au Directeur du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, 11, rue de la Tour des Dames - 75436 Paris cedex 09,
www.detachement@cleiss.fr
- en ce qui concerne une demande de maintien à la législation calédonienne : au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie (Direction des affaires sanitaires et sociales.)

D - Droits aux prestations

- Assurance maladie-maternité (article 19 de l'accord)
 - Prestations en nature : le travailleur détaché, pour l'obtention des prestations en nature de l'assurance maladie maternité, peut choisir de s'adresser à l'institution d'affiliation ou à l'institution du territoire sur lequel il exerce temporairement son activité. Il peut bénéficier, sur ce dernier territoire, des prestations de l'assurance maladie et maternité pour lui-même et ses ayants droit qui l'accompagnent. Les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont alors servies par l'institution d'assurance maladie du nouveau territoire de travail, sur présentation du présent formulaire, accompagné du formulaire SE 988-07 "Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité en cas de séjour professionnel sur l'autre territoire". Si le travailleur n'effectue pas les formalités précitées, il lui appartiendra de présenter les factures acquittées des frais exposés, directement à sa caisse d'affiliation, qui effectuera le remboursement de ces frais selon les tarifs de la législation qu'elle applique.
 - Prestations en espèces : conformément à l'article 19, paragraphe 1, de l'accord, les prestations en espèces sont servies directement par l'institution d'affiliation du travailleur. Le travailleur détaché doit faire parvenir, dans les 48 heures, à sa caisse d'affiliation, les avis ou prolongation d'arrêt de travail établis par le médecin traitant.

- Assurance accident du travail et maladie professionnelle (article 32 de l'accord) :
 - En cas d'accident du travail survenu sur le nouveau territoire d'emploi, une déclaration doit être effectuée auprès de l'institution compétente, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'institution du territoire où est survenu l'accident. Pour obtenir les prestations en nature de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle, comme en matière d'assurance maladie maternité, le travailleur détaché peut choisir de s'adresser à l'institution d'affiliation ou à l'institution du territoire sur lequel il travaille. S'il s'adresse à cette dernière institution, il devra présenter le certificat d'assujettissement (*formulaire SE 988-01*), accompagné du formulaire SE 988-09 "Attestation concernant les prestations de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles", qui aura été délivré par l'institution d'affiliation qui aura reçu la déclaration d'accident du travail. Le travailleur pourra alors bénéficier des prestations en nature de l'assurance accident du travail, servies pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du nouveau territoire de travail, selon les dispositions de la législation qu'elle applique.
 - Les prestations en espèces sont versées directement par l'institution d'affiliation, sur présentation des avis ou prolongation d'arrêt de travail que le travailleur lui aura fait parvenir, dans les 48 heures.

- Prestations familiales : (*article 42 de l'accord*) les prestations familiales pouvant être servies au travailleur détaché pour les enfants l'ayant accompagné, rejoint ou nés durant la période de détachement, sont les suivantes :
 - s'il est maintenu au régime français : les allocations familiales et l'allocation pour jeune enfant servie jusqu'aux trois mois de l'enfant ;
 - s'il est maintenu au régime calédonien : les prestations familiales

3 En vue de donner suite à une demande introduite par le travailleur désigné ci-dessus, nous vous prions de nous faire connaître les périodes d'assurance accomplies par lui :

3.1 à partir du

3.2 sous la législation de votre territoire, pour le risque :

maladie-maternité

invalidité

décès

4 INSTITUTION COMPÉTENTE

4.1 Dénomination : Numéro de code ⁽³⁾ :

4.2 Adresse ⁽²⁾ :

4.3 Cachet

4.4 Date :

4.5 Signature :

PARTIE B

5 TRAVAILLEUR⁽⁴⁾

5.1 Nom : Prénom Nom de naissance

5.2 Date de naissance Nationalité :

5.3 Numéro d'immatriculation :

6 Le travailleur désigné au cadre 2 au cadre 5
a accompli depuis le

7 LES PÉRIODES D'ASSURANCE SUIVANTES, POUR LES PRESTATIONS SUIVANTES :

7.1	du	.....	au	.....	pour ⁽⁵⁾ le risque de	.....
7.2	du	.....	au	.....	pour ⁽⁵⁾ le risque de	.....
7.3	du	.....	au	.....	pour ⁽⁵⁾ le risque de	.....
7.4	du	.....	au	.....	pour ⁽⁵⁾ le risque de	.....
7.5	du	.....	au	.....	pour ⁽⁵⁾ le risque de	.....
7.6	du	.....	au	.....	pour ⁽⁵⁾ le risque de	.....
7.7	du	.....	au	.....	pour ⁽⁵⁾ le risque de	.....
7.8	du	.....	au	.....	pour ⁽⁵⁾ le risque de	.....
7.9	du	.....	au	.....	pour ⁽⁵⁾ le risque de	.....
7.10	du	.....	au	.....	pour ⁽⁵⁾ le risque de	.....

8

INSTITUTION QUI REMPLIT LA PARTIE B

8.1 Dénomination :

8.2 Adresse ⁽¹⁾ :

.....

8.3 Cachet

8.4 Date :

8.5 Signature :

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages : aucune d'entre elle ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

Notes

- (1) Rue, numéro, code postal, localité, pays
- (2) A remplir dans la mesure du possible
- (3) A compléter si elle en dispose
- (4) A remplir seulement quand le formulaire est remis directement à l'intéressé
- (5) Indiquer le risque couvert en utilisant le code suivant :

A = maladie-maternité

B = décès (allocation)

C = invalidité

**ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE
PENDANT UN SÉJOUR SUR L'AUTRE TERRITOIRE**

[Articles 18, paragraphe 1, a) i) ; article 18, paragraphe 3, article 21, paragraphes 2 et 3 de l'accord]

Ce document est établi pour le travailleur, le titulaire de pension ou de rente, la personne assurée, les ayants droit des personnes précitées qui se rendent en séjour temporaire sur le territoire autre que celui de leur résidence.

L'institution compétente remplit le formulaire et le remet à l'intéressé ou l'envoie à l'institution du lieu de séjour si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci.

Travailleur salarié

Titulaire de pension ou de
rente (régime salarié)

Autre personne assurée

1

Travailleur non salarié

Titulaire de pension ou de
rente (régime non salarié)

1.1 Nom : Prénom Nom de naissance

1.2 Date de naissance Nationalité :

1.3 Adresse ⁽¹⁾ :

1.4 Numéro d'immatriculation :

2

AYANTS DROIT ⁽²⁾

2.1 Nom Prénoms Nom de naissance Date de naissance

2.2 Adresse habituelle ⁽¹⁾⁽³⁾ :

3 Les personnes précitées ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité.

Ces prestations peuvent être servies :

3.1 du au inclus

4

INSTITUTION COMPÉTENTE

4.1 Dénomination : Numéro de code ⁽⁴⁾ :

4.2 Adresse ⁽¹⁾ :

.....

4.3 Cachet

4.4 Date :

4.5 Signature :

4.6 Validation duau

4.7 Cachet

4.8 Date

4.9 Signature :

4.10 Validation duau

4.11 Cachet

4.12 Date

4.13 Signature :

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages : aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

INDICATIONS POUR L'ASSURÉ ET SES AYANTS DROIT

Les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité peuvent être servies, sur présentation de ce document, par l'institution d'assurance maladie du lieu de séjour, pour des soins immédiatement nécessaires pour les personnes assurées sur l'un des territoires qui se rendent en séjour sur l'autre territoire. Ces dispositions sont également applicables aux ayants droit des personnes assurés. Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'organisme assureur du territoire sur lequel il séjourne, c'est-à-dire :

- **en France métropolitaine** : à la Caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle les soins ont été dispensés,
- **dans un département d'outre mer** : à la Caisse générale de sécurité sociale dans la circonscription de laquelle les soins ont été dispensés.
- **en Nouvelle Calédonie** : à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT).

Il appartient aux travailleurs susceptibles de bénéficier de prestations en espèces de l'assurance maladie maternité d'adresser, dans les 48 heures, l'avis d'arrêt de travail ou de prolongation d'arrêt de travail, directement à leur institution d'affiliation. En cas de prolongation d'arrêt de travail, la caisse compétente délivrera, le cas échéant, une nouvelle attestation de droits aux soins de santé si la première attestation est arrivée à expiration.

Les personnes qui ne sont pas susceptibles de bénéficier de prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité doivent, lorsque l'attestation de droit qui leur a été délivrée arrive à expiration, s'adresser à l'institution du lieu de séjour qui se met en rapport avec l'institution compétente.

NOTES

- (1) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (2) Indiquer uniquement les ayants droit qui se rendent temporairement sur l'autre territoire.
- (3) À indiquer uniquement quand l'adresse des ayants droit diffère de celle de l'assuré.
- (4) À compléter si elle en dispose.

**ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN DES PRESTATIONS EN COURS
DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE**

(Article 18, paragraphe 1, b), i) ; article 18, paragraphe 1, c), i) ; article 18, paragraphe 3 de l'accord)

L'institution compétente remet le formulaire à la personne autorisée à transférer sa résidence. Pour obtenir les prestations en nature de l'assurance maladie maternité, l'intéressé présente ce document à l'institution du territoire où il établit sa résidence

Travailleur salarié

Titulaire de pension ou de
rente (régime salarié)

Autre personne assurée

1

Travailleur non salarié

Titulaire de pension ou de
rente (régime non salarié)

1.1	Nom	Prénom	Nom de naissance

1.2	Date de naissance :		Nationalité :
1.3	Adresse sur le territoire compétent ⁽¹⁾ :		
		
1.4	Adresse sur le territoire où l'assuré se rend ⁽¹⁾ :		
		
1.5	Numéro d'immatriculation :		

2

MEMBRE DE LA FAMILLE QUI SE REND SUR L'AUTRE TERRITOIRE

2.1	Nom	Prénoms	Nom de naissance

2.2	Date de naissance :		
2.3	Adresse sur le territoire compétent ⁽¹⁾⁽²⁾ :		
		
2.4	Adresse sur le territoire où l'intéressé se rend ⁽¹⁾ :		
		

3 La personne désignée au cadre 1 au cadre 2
est autorisée à conserver le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité

3.1 pour y établir sa résidence

3.2 pour y recevoir des soins appropriés à son état auprès de :

4 Lesdites prestations peuvent être servies, au vu de la présente attestation,

4.1 du au inclus

4.2 du auinclus

5 **LE RAPPORT DE NOTRE MÉDECIN CONTRÔLEUR**

5.1 est joint à la présente sous pli fermé

5.2 a été adressé le à ⁽³⁾

.....

5.3 peut nous être demandé en communication

5.4 n'a pas été établi

6 **INSTITUTION COMPÉTENTE**

6.1 Dénomination : Numéro de code ⁽⁴⁾ :

6.2 Adresse ⁽¹⁾ :

.....

6.3 Cachet

6.4 Date :

6.5 Signature :

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages : aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

INDICATIONS POUR LE TRAVAILLEUR ET SES AYANTS DROIT

Lorsque le travailleur ou l'un de ses ayants droit a besoin de prestations en nature, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'organisme d'assurance maladie du territoire où il a transféré sa résidence, c'est-à-dire :

- **en France métropolitaine** : à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle les soins ont été dispensés,
- **dans un département d'outre mer** : à la caisse générale de sécurité sociale,
- **en Nouvelle Calédonie** : à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT).

Lorsqu'une prolongation d'arrêt de travail est prescrite dans le nouveau territoire de résidence, il appartient au travailleur susceptible de bénéficier de prestations en espèces de l'assurance maladie maternité de transmettre directement à sa caisse d'affiliation, dans les 48 heures, l'avis ou la prolongation d'arrêt de travail. La caisse compétente qui aura reçu le rapport médical délivrera, le cas échéant, une nouvelle attestation de droits aux soins de santé si la première attestation est arrivée à expiration.

Les personnes qui ne sont pas susceptibles de bénéficier de prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité doivent, si l'attestation de droit qui leur a été délivrée arrive à expiration, s'adresser à l'institution du lieu de résidence afin que cette dernière réclame une nouvelle attestation à l'institution compétente, en lui présentant tout document médical utile afin de lui permettre de se prononcer sur la nécessité du renouvellement de l'imprimé.

Des contrôles médicaux peuvent être demandés à tout moment par la caisse d'affiliation à la caisse de nouvelle résidence.

En cas de refus de la prolongation, l'institution compétente notifie son refus au demandeur en lui indiquant le motif du refus, ainsi que les voies et délais de recours dont il dispose. L'institution compétente informe également l'institution du lieu de résidence de sa décision de refus.

NOTES

(1) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(2) A indiquer seulement quand l'adresse du membre de la famille diffère de celle du travailleur ou du pensionné.

(3) Dénomination et adresse de l'institution à laquelle le rapport médical a été adressé.

(4) A compléter si elle en dispose.

**ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DES AYANTS DROIT
DU TRAVAILLEUR OU DU TITULAIRE DE PENSION OU DE RENTE**

**(Soins de santé aux ayants droit du travailleur ou du titulaire de pension
résidant habituellement sur l'autre territoire)**

(Articles 20 ; article 21, paragraphe 3 de l'accord)

L'institution compétente du travailleur ou du titulaire de pension ou de rente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires au travailleur ou au pensionné, ou les fait parvenir à l'institution du lieu de résidence des ayants droit sur l'autre territoire si l'imprimé est établi à la demande de cette dernière institution.

L'institution du territoire de résidence des ayants droit complète la partie B et fait retour d'un exemplaire à l'institution compétente du territoire d'affiliation.

A - NOTIFICATION DU DROIT

1	INSTITUTION DU LIEU DE RÉSIDENCE ⁽¹⁾
1.1	Dénomination :
1.2	Adresse ⁽²⁾ :

2	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié	<input type="checkbox"/> Pensionné (régime des salariés)	
	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié	<input type="checkbox"/> Pensionné (régime des non salariés)	
2.1	Nom	Prénom	Nom de naissance

2.2	Date de naissance :	Nationalité :	
2.3	Adresse ⁽²⁾ :		
		
2.4	Numéro d'immatriculation :		
2.5	Numéro de pension :		

3	IDENTIFICATION DES AYANTS DROIT ⁽³⁾		
3.1	Nom :		
3.2	Prénoms	Nom de naissance	Date de naissance

3.3	Adresse ⁽²⁾ :		
		

4 Les ayants droit

du travailleur, du titulaire de pension ou de rente

désigné ci-dessus

ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité

5 Ce droit est ouvert à la date du

6	ET SUBSISTE
6.2	<input type="checkbox"/> jusqu'au : inclus.

7	INSTITUTION COMPÉTENTE		
7.1	Dénomination :	Numéro de code ⁽⁴⁾	
7.2	Adresse ⁽²⁾ :		
		
7.3	Cachet :	7.4	Date :
		7.5	Signature :

B - NOTIFICATION DE L'INSCRIPTION

8	<input type="checkbox"/> ⁽⁵⁾	
8.1	Les ayants droit de la personne mentionnée au cadre 2 n'ont pas été inscrits parce que	
8.2	<input type="checkbox"/>	aucun des intéressés n'a la qualité d'ayant droit au regard de notre législation
8.3	<input type="checkbox"/>	tous les ayants droit ont droit aux prestations en nature en vertu des dispositions de notre législation,
8.4	<input type="checkbox"/>	le conjoint ou la personne qui a la garde des enfants exerce une activité professionnelle sur notre territoire,
8.5	<input type="checkbox"/>	autres motifs :

9	<input type="checkbox"/> ⁽⁵⁾		
9.1	Les ayants droit de la personne mentionnée au cadre 2 ont été inscrits		
	Nom	Prénoms	Nom de naissance
9.2	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....

10	INSTITUTION DU LIEU DE RÉSIDENCE		
10.1	Dénomination :	Numéro de code ⁽⁴⁾	
10.2	Adresse ⁽²⁾ :		
10.3	Cachet		
		10.4	Date
		10.5	Signature

INSTRUCTIONS

Ce formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie en utilisant uniquement les lignes pointillées. Ce formulaire comporte quatre pages, aucune d'entre elle ne peut être supprimée même si elle ne comporte aucune indication.

INDICATIONS POUR LE TRAVAILLEUR OU LE TITULAIRE DE PENSION OU DE RENTE

Ce document permet aux ayants droit du travailleur ou ceux du titulaire de pension ou de rente qui ne résident pas avec l'assuré sur le territoire compétent, de bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, servies pour le compte de l'institution compétente, par l'institution de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique. Ces dispositions ne sont pas applicables si les intéressés bénéficient sur le territoire de résidence des prestations de l'assurance maladie maternité au titre d'un droit lié à une activité professionnelle ou à un avantage personnel contributif.

Ce formulaire doit être présenté à l'institution du lieu de résidence des ayants droits du travailleur ou du titulaire de pension. Celle ci procédera à l'inscription des intéressés. La détermination de la qualité d'ayants droit sera faite selon la législation du territoire de résidence des ayants droit. Ce document devra être présenté :

- en **France métropolitaine**, à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de résidence,
- dans un **département d'outre mer**, à la caisse générale de sécurité sociale du lieu de résidence;
- en **Nouvelle Calédonie**, à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT).

Tout changement de situation de nature à modifier le droit aux prestations en nature, doit être signalé à l'institution du lieu de résidence.

NOTES

- (1) A remplir uniquement lorsque le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.
- (2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (3) Indiquer un seul ayant droit.
- (4) A compléter si elle en dispose.
- (5) Remplir le cadre 8 ou 9 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.

**ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DU TITULAIRE DE PENSION
OU DE RENTE ET DE SES AYANTS DROIT**

**(Soins de santé au titulaire de pension ou de rente et à ses ayants droit résidant
habituellement sur le territoire autre que celui débiteur de pension)**

(Article 21, paragraphes 2, de l'accord)

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires au titulaire de pension ou de rente ou elle les fait parvenir directement à l'institution du lieu de résidence, si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci.

L'institution du lieu de résidence, une fois en possession de ces deux exemplaires, en remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'institution compétente.

A - NOTIFICATION DU DROIT

1	INSTITUTION DU LIEU DE RÉSIDENCE ⁽¹⁾
1.1	Dénomination :
1.2	Adresse ⁽²⁾ :

2	TITULAIRE DE PENSION OU DE RENTE
2.1	Nom Prénom : Nom de naissance
2.2	Date de naissance : Nationalité :
2.2	Adresse ⁽²⁾ :

2.3	Numéro d'immatriculation :

7 (4)

7.1 L'intéressé désigné au cadre 2 et ses ayants droit ont été inscrits.

7.2 Ayants droit inscrits :

7.3	Nom	Prénoms	Sexe		Nom de naissance	Date naissance	de
			M	F			
7.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8**INSTITUTION DU LIEU DE RÉSIDENCE**8.1 Dénomination : Numéro de code ⁽³⁾8.2 Adresse ⁽²⁾ :

8.3 Cachet

8.4 Date :

8.5 Signature

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de quatre pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

LE FORMULAIRE EST COMPLÉTÉ :

. **pour le régime français** : par l'organisme débiteur de la pension ou de la rente. En fonction de la situation (travailleur non salarié non agricole par exemple), il pourra également être complété par l'institution d'assurance maladie compétente.

. **pour le régime calédonien** : par l'organisme débiteur de la pension ou de la rente. En fonction de la situation, il pourra également être complété par la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT).

INDICATIONS POUR LE TITULAIRE DE PENSION OU DE RENTE :

Le présent formulaire vous permet de bénéficier ainsi que vos ayants droit des prestations en nature en cas de maladie ou de maternité sur le territoire où vous résidez.

Vous devrez vous inscrire auprès de l'institution mentionnée ci-après :

- . en **France métropolitaine** : la caisse primaire d'assurance maladie ;
- . dans un **département d'outre mer** : la caisse générale de sécurité sociale

- . en **Nouvelle Calédonie** : la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT).

Ce formulaire est valable à partir de la date mentionnée au point 4.2, durant la période mentionnée aux points 4.3 ou 4.4.

Vous devez, vous ou vos ayants droit, signaler à l'institution de lieu de résidence tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (suspension ou suppression de la pension, de la rente, changement de votre lieu de résidence ou de séjour ou de celui d'un membre de votre famille, etc.).

NOTES

- (1) A remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.
- (2) Rue, numéro, code postal, localité, territoire.
- (3) A compléter si elle en dispose.
- (4) Remplir le cadre 6 ou 7 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.

**ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE
MALADIE-MATERNITE EN CAS DE SEJOUR PROFESSIONNEL SUR L'AUTRE TERRITOIRE**
(Article 19, paragraphe 3 de l'accord)

L'institution compétente remplit le formulaire et le remet au travailleur ou l'envoie à l'institution du lieu de séjour si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci.

1	<input type="checkbox"/> Travailleur détaché	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Non salarié	<input type="checkbox"/> autre personne assurée en séjour professionnel
1.1	Nom :	Prénom :	Nom de naissance :
1.2	Date de naissance :		Nationalité :
1.3	Adresse ⁽¹⁾ :		
1.4	Numéro d'immatriculation :		

2	AYANT DROIT ⁽²⁾			
2.1	Nom	Prénoms	Nom de naissance	Date de naissance

2.2	Adresse habituelle ⁽¹⁾⁽³⁾ :			
			

3 Les personnes précitées ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité.

Ces prestations peuvent être servies :

3.1 du au inclus

4

INSTITUTION COMPETENTE

4.1 Dénomination : Numéro de code ⁽⁴⁾ :

4.2 Adresse ⁽¹⁾ :

.....

4.3 Cachet

4.4 Date :

4.5 Signature :

4.6 Validation du au

4.7 Cachet

4.8 Date :

4.9 Signature :

4.10 Validation du au

4.11 Cachet

4.12 Date :

4.13 Signature :

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages : aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

INDICATIONS POUR L'ASSURE ET SES AYANTS DROIT

Ce document est à utiliser lorsque le travailleur choisit de s'adresser à l'institution du lieu de séjour professionnel pour obtenir des prestations en nature de l'assurance maladie maternité. Les prestations sont alors servies, sur présentation de ce document, par la caisse du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, pour tout état venant à nécessiter des prestations au cours du séjour. Ces dispositions sont également valables pour les ayants droit ayant accompagné le travailleur.

Si la demande est présentée par un travailleur détaché ou par un membre de sa famille le présent formulaire devra être accompagné du certificat d'assujettissement (*formulaire SE 988-01*).

Si l'intéressé ne s'adresse pas à l'institution du lieu de séjour professionnel, les prestations en nature de l'assurance maladie maternité seront servies par l'institution compétente selon les dispositions de la législation qu'elle applique. Il appartiendra à l'intéressé de présenter à la caisse compétente les factures acquittées des frais exposés.

Si l'état de santé du travailleur nécessite un arrêt de travail, il lui appartient d'adresser, dans les 48 heures, directement à l'institution compétente, l'avis ou la prolongation d'arrêt de travail établi par le médecin traitant.

Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'organisme du territoire sur lequel il séjourne, c'est à dire :

- en **France métropolitaine** : à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle les soins sont dispensés
- dans un **département d'outre mer** : à la caisse générale de sécurité sociale dans la circonscription de laquelle les soins sont dispensés.
- en **Nouvelle Calédonie** : à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT).

NOTES

- (1) Rue, numéro, code postal, localité, pays
- (2) Indiquer uniquement les ayants droit qui se rendent temporairement sur l'autre territoire
- (3) A indiquer uniquement quand l'adresse des ayants droit diffère de celle de l'assuré
- (4) A compléter si elle en dispose

**NOTIFICATION DE SUSPENSION OU DE SUPPRESSION
DU DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE**

Cet imprimé doit être établi en cas de suspension ou de cessation des droits aux prestations d'un assuré ou de ses ayants droit. L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en adresse deux exemplaires à l'institution du lieu de résidence. L'institution du lieu de résidence remplit la partie B et retourne au plus tôt un exemplaire à l'institution compétente.

A - NOTIFICATION

1	INSTITUTION DESTINATAIRE
1.1	Dénomination :
1.2	Adresse ⁽¹⁾ :

2	<input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR SALARIE	<input type="checkbox"/> TITULAIRE DE PENSION OU DE RENTE (REGIME SALARIE)	
	<input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR NON SALARIÉ	<input type="checkbox"/> TITULAIRE DE PENSION OU DE RENTE (REGIME NON SALARIE)	
2.1	Nom :	Prénoms	Nom de naissance
2.2	Date de naissance :	Nationalité :	
2.3	Adresse sur le territoire de résidence ⁽¹⁾ :		
		
2.4	Numéro d'immatriculation :		
2.5	Numéro de pension :		

3	AYANT DROIT
3.1	Nom :
3.2	Prénoms Nom de naissance Date de naissance
3.3	Adresse sur le territoire de résidence ⁽¹⁾ :
3.4	Numéro d'immatriculation :

4 Le droit à prestations attesté par notre formulaire du a été suspendu ou supprimé pour le motif suivant :

4.1 le travailleur désigné au cadre 2 a cessé d'être assuré depuis le

4.2 la pension ou la rente du titulaire désigné au cadre 2 est suspendue ou supprimée depuis le

4.3 toutes les personnes qui étaient inscrites chez vous ne résident plus dans votre territoire depuis le

4.4 le titulaire du droit à prestations est décédé depuis le

4.5 Autre

5	INSTITUTION COMPÉTENTE
5.1	Dénomination : Numéro de code ⁽²⁾
5.2	Adresse ⁽¹⁾ :
5.3	Cachet
	5.4 Date :
	5.5 Signature :

B – ACCUSÉ DE RÉCEPTION

6 La notification contenue à la partie A ci avant nous est parvenue le

7 la personne indiquée à la partie A : Les personnes indiquées à la partie A

n'a plus bénéficié

n'ont plus bénéficié

ne bénéficiera plus

ne bénéficieront plus

de prestations à partir du

8 INSTITUTION DU LIEU DE RÉSIDENCE

8.1 Dénomination : Numéro de code ⁽²⁾ :

8.2 Adresse ⁽¹⁾ :

.....

8.3 Cachet

8.4 Date

8.5 Signature

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée même si elle ne contient aucune mention utile.

NOTES

(1) Rue, numéro, code postal; localité, pays

(2) A compléter si elle en dispose.

**ATTESTATION CONCERNANT LES PRESTATIONS
DE L'ASSURANCE ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE**

(Articles 31, 32, paragraphe 2, de l'accord)

Lorsque ce document est demandé par l'institution du lieu de séjour ou de résidence de l'intéressé, il doit être adressé directement à cette institution. Dans les autres cas, il est remis au travailleur.

1	TRAVAILLEUR						
1.1	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Nom</th> <th style="width: 33%;">Prénoms</th> <th style="width: 33%;">Nom de naissance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	Nom	Prénoms	Nom de naissance
Nom	Prénoms	Nom de naissance					
.....					
1.2	Date de naissance : Nationalité						
1.3	Adresse sur le territoire compétent ⁽¹⁾ :						
1.4	Adresse sur le territoire où l'intéressé se rend ⁽¹⁾ :						
1.5	Numéro d'immatriculation :						

2	EN RAISON
2.1	<input type="checkbox"/> de l'accident du travail survenu le : et entraînant les conséquences suivantes :
2.2	<input type="checkbox"/> de la maladie professionnelle constatée le : et entraînant les conséquences suivantes :
2.3	<input type="checkbox"/> de l'autorisation que nous avons accordée à l'intéressé de conserver le bénéfice des prestations en nature en : où il se rend

LE TRAVAILLEUR DÉSIGNÉ CI-DESSUS PEUT BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS EN NATURE

3	<input type="checkbox"/> pour accident du travail <input type="checkbox"/> pour maladie professionnelle
3.1	<input type="checkbox"/> Jusqu'au :

4	LE RAPPORT DE NOTRE MÉDECIN CONTRÔLEUR
4.1	<input type="checkbox"/> est joint sous pli fermé
4.2	<input type="checkbox"/> a été envoyé le : à ⁽²⁾
4.3	<input type="checkbox"/> peut nous être demandé
4.4	<input type="checkbox"/> n'a pas été établi

5	INSTITUTION COMPÉTENTE
5.1	Dénomination : Numéro de code ⁽³⁾ :
5.2	Adresse ⁽¹⁾ :
5.3	Cachet
	5.4 Date :
	5.5 Signature

Instruction

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de deux pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée même si elle ne contient aucune mention utile.

Le possesseur de ce document peut obtenir de la part de l'institution de son lieu de séjour ou de résidence les prestations en nature de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Ce document doit être présenté :

- . en France métropolitaine : à la caisse primaire d'assurance maladie
- . dans un département d'outre mer : à la caisse générale de sécurité sociale
- . en Nouvelle Calédonie : à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT).

En cas d'arrêt de travail ou de prolongation d'arrêt de travail, le travailleur est tenu de faire parvenir directement, dans les 48 heures (le cachet de la poste faisant foi), à sa caisse d'affiliation, l'avis d'arrêt de travail ou la prolongation d'arrêt de travail établi par le médecin traitant. Les prestations en espèces seront servies directement par l'institution d'affiliation.

Si la demande de service des prestations en nature de l'assurance accident du travail maladie professionnelle est formulée par un travailleur détaché, ce dernier devra présenter à l'institution du territoire sur lequel il est détaché, le présent formulaire accompagné de l'imprimé SE 988-01 (*Certificat d'assujettissement*).

NOTES

(1) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(2) Dénomination et adresse de l'institution à laquelle le rapport médical a été adressé.

(3) A compléter si elle en dispose.

PROTHÈSES ET GRAND APPAREILLAGE

(Article 22 ; article 34 de l'accord)

L'institution du lieu de résidence ou de séjour remplit la partie A et transmet à l'institution compétente un ou deux exemplaires du formulaire selon que cette notification concerne, respectivement, le cas visé au point 7.1 (avis) ou au point 7.2 (demande d'autorisation). Si l'institution compétente estime devoir faire opposition au service des prestations, elle doit remplir la partie B et renvoyer un exemplaire du formulaire à l'institution du lieu de résidence ou de séjour.

Ce document n'a pas à être établi lorsque les personnes intéressées résident habituellement sur le territoire autre que le territoire compétent.

A - NOTIFICATION

1	INSTITUTION COMPETENTE
1.1	Dénomination :
1.2	Adresse ⁽¹⁾ :

2	<input type="checkbox"/> travailleur salarié <input type="checkbox"/> travailleur non salarié	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (régime salarié) <input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (régime non salarié)	<input type="checkbox"/> Autre personne assurée
2.1	Nom	Prénom	Nom de naissance

2.2	Date de naissance :		Nationalité :
2.3	Adresse dans l'État de résidence ou de séjour ⁽¹⁾ :		
		
2.4	Numéro d'immatriculation :		
2.5	Numéro de pension :		

8	INSTITUTION DU LIEU DE RESIDENCE OU DE SEJOUR	
8.1	Dénomination :	Numéro de code : ⁽⁶⁾
8.2	Adresse ⁽¹⁾ :	
	
8.3	Cachet	8.4 Date :
		8.5 Signature :

B - OPPOSITION ÉVENTUELLE DE L'INSTITUTION COMPÉTENTE

9 Comme suite au point 7.2, nous avons l'honneur de vous faire savoir que les prestations indiquées au point 5.2 ne peuvent être accordées.

Motif :

.....

10	INSTITUTION COMPÉTENTE	
10.1	Dénomination :	Numéro de code ⁽⁶⁾ :
10.2	Adresse ⁽¹⁾ :	
	
10.3	Cachet	10.4 Date :
		10.5 Signature

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée même si elle ne contient aucune mention utile.

NOTES

- (1) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (2) À indiquer seulement lorsque l'adresse de l'ayant droit diffère de celle mentionnée au cadre 2.
- (3) Numéro et date d'émission du formulaire attestant le droit de l'intéressé aux prestations.
- (4) Le montant est à indiquer dans la monnaie de l'État de séjour ou de résidence.
- (5) Si le rapport médical est joint au formulaire, mettre une croix dans la case prévue à cet effet.
- (6) À compléter si elle en dispose.

4.

INSTITUTION QUI REMPLIT LE FORMULAIRE

4.1 Dénomination :

4.2 Adresse :

.....

4.3 Cachet

4.4 Date

4.5 Signature

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages : aucune d'entre elle ne peut être supprimée même si elle ne contient aucune mention utile.

ATTESTATION CONCERNANT LA TOTALISATION DES PERIODES D'ASSURANCE, D'EMPLOI OU D'ACTIVITE NON SALARIEE EN VUE DE L'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS FAMILIALES

(Article 40 de l'accord)

S'il est nécessaire de faire appel aux périodes accomplies par le travailleur sur l'autre territoire, l'institution d'allocations familiales du nouveau territoire établit ce document en double exemplaire et l'adresse à l'institution d'allocations familiales de l'autre territoire qui complète le formulaire et fait retour d'un exemplaire à l'institution qui le lui a adressé.

Si ce document est établi à la demande de l'assuré, l'institution d'allocations familiales du dernier lieu d'activité remplit la partie qui la concerne et remet le document au demandeur.

A. À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des allocations familiales dont relève l'assuré

1	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié <input type="checkbox"/> Travailleur non salarié
1.1	Nom Prénoms
1.2	Nom de naissance Date de naissance :
1.3	Lieu de naissance Nationalité Sexe
1.4	État civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)
1.5	Numéro d'allocataire : en France
	Numéro d'allocataire : en Nouvelle Calédonie (s'il est déjà connu)
1.6	Adresse :

2	PERSONNE QUI REÇOIT LES ALLOCATIONS FAMILIALES
2.1	Nom Prénoms
2.2	Nom de naissance Date de naissance :
2.3	Lieu de naissance Nationalité Sexe
2.4	Adresse :

3	PÉRIODE POUR LAQUELLE LES RENSEIGNEMENTS SONT DEMANDÉS
3.1	du : au :
3.2	Nom et adresse de l'employeur :
3.3	Nature de l'activité non salariée :

4	INSTITUTION DONT L'INTÉRESSÉ RELEVAIT ANTÉRIEUREMENT AU TITRE D'UNE ACTIVITÉ SALARIÉE OU NON SALARIÉE
4.1	Dénomination :
4.2	Adresse :
4.3	numéro de référence du dossier :

5	INSTITUTION DONT L'INTÉRESSÉ RELÈVE ACTUELLEMENT		
5.1	Dénomination :		
5.2	Adresse :		
5.3	Numéro de référence du dossier :		
5.4	Cachet	5.5	Date :
		5.6	Signature

**B. À remplir par l'institution d'allocations familiales
dont relevait l'intéressé antérieurement**

6			
6.1	Nous certifions que le travailleur désigné au cadre 1 a été assuré du au		
6.2	Nature de son activité : <input type="checkbox"/> Salariée <input type="checkbox"/> non salariée		
6.3	Nombre de jours de travail salarié :		
	Nombre de jours de travail non salarié :		
6.4		Nombre de jours de travail salarié	Nombre d'heures de travail salarié
	Au cours du dernier mois	.....	.....
	Au cours de trois derniers mois	.....	.....
	Au cours des six derniers mois	.....	.....
6.5	Des prestations familiales lui ont été servies du au		
6.6	Membre de la famille pour lesquels les prestations familiales ont été servies :		
	Nom	Prénom	Date de naissance

6.7	Montant total des prestations versées :		

7	INSTITUTION DONT L'INTÉRESSÉ RELEVAIT ANTÉRIEUREMENT		
7.1	Dénomination :		
7.2	Adresse :		
		
7.3	Cachet	7.4	Date
		7.5	Signature

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages : aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

ATTESTATION EN VUE DE L'OCTROI DES PRESTATIONS FAMILIALES AUX MEMBRES DE LA FAMILLE D'UN TRAVAILLEUR SALARIÉ OU NON SALARIÉ, D'UN CHÔMEUR INDEMNISÉ OU D'UN TITULAIRE DE PENSION OU DE RENTE QUI RÉSIDENT SUR LE TERRITOIRE AUTRE QUE TERRITOIRE COMPETENT

(Article 41 de l'accord)

Cette attestation est délivrée par l'institution compétente en matière de prestations familiales du territoire où l'activité professionnelle est exercée, ou du territoire qui sert les prestations de chômage ou du territoire où est située l'institution débitrice de la pension ou de la rente. Pour le travailleur et le chômeur indemnisé, elle est renouvelée tous les trois mois ; pour les titulaires de pension ou de rente, une fois établie elle n'est pas renouvelée.

Travailleur salarié

Titulaire de pension ou de rente (régime salarié)

1

Travailleur non salarié

Titulaire de pension ou de rente (régime non salarié)

Chômeur indemnisé

1.1	Nom :	Prénom	Nom de naissance
1.2	Date de naissance :	Nationalité :	
1.3	Adresse ⁽¹⁾ :		
1.4	Numéro d'immatriculation :		
1.5	Numéro de pension :		

2

PERSONNE QUI DOIT RECEVOIR LES PRESTATIONS FAMILIALES

2.1	Nom :	Prénoms :	
2.2	Nom de naissance :	Date de naissance :	
2.3	Lieu de naissance :	Nationalité :	Sexe :
2.4	Adresse :		
2.5	Référence du dossier en France :		
2.6	Référence du dossier en Nouvelle Calédonie :		

3

3.1 La personne visée au cadre 1

Remplit en Métropole ou dans un département d'outre mer pour les mois deles conditions d'emploi lui permettant de bénéficier des allocations familiales dans le cadre de l'article 41, paragraphe 1 de l'accord

Remplit en nouvelle Calédonie les conditions d'emploi lui permettant de bénéficier des allocations familiales dans le cadre de l'article 41, paragraphe 2 de l'accord.

3.2

La personne visée au cadre 1

3.3

est titulaire d'une pension de :

vieillesse

invalidité

rente accident du travail d'un taux au moins égal à 66,66%

du régime français lui permettant de bénéficier de prestations familiales dans le cadre de l'article 41, paragraphe 3 de l'accord

3.4

est titulaire d'une pension de :

vieillesse

invalidité

rente accident du travail d'un taux au moins égal à 66,66%.

du régime calédonien lui permettant de bénéficier de prestations familiales dans le cadre de l'article 41, paragraphe 4 de l'accord.

4

INSTITUTION QUI ETABLIT L'ATTESTATION

4.1 Dénomination :

4.2 Adresse ⁽¹⁾ :

.....

4.3 Cachet

4.4 Date :

4.5 Signature

Instructions

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de deux pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée même si elle ne contient aucune mention utile.

RELEVÉ INDIVIDUEL DES DEPENSES EFFECTIVES

1.	Code organisme	Année	Facture n°	Folio
----	----------------	-------	------------	-------

2.	Institution compétente destinataire	Organisme de liaison :	Code organisme :
2.1	Dénomination :		
2.2	Adresse :		

3.	Assuré
3.1	Nom de naissance
3.2	Prénoms Nom Date de naissance
3.3	Adresse :
3.4	Numéro d'immatriculation

4.	Membre de la famille
4.1	Nom de naissance
4.2	Prénoms Nom Date de naissance

5.	La personne indiquée au cadre a bénéficié des prestations en vertu
5.1	De l'article
5.2	Et au vu du formulaire du valable du au
5.3	La personne indiquée au cadre a été soumise à l'expertise médicale demandée le

6.	Dépenses effectuées	6.1 Montant
6.2	Pour prestations en nature servies du au	
6.3	Soins médicaux	
6.4	Soins dentaires	
6.5	Médicaments	
6.6	Hospitalisation du au du au	
6.7	Autres prestations	
6.8	Total des prestations en nature	
6.9	Contrôle médicaux	
6.10	TOTAL DES DEPENSES	

7.	Institution créancière	
7.1	Dénomination : Code :	
7.2	Adresse :	
7.3	Cachet	7.4 Date
		7.5 Signature
RELEVÉ ÉTABLI PAR ORDINATEUR DISPENSE DE SIGNATURE		