

Paris, le

Direction de la Sécurité Sociale

Division des Conventions Internationales

Personne chargée du dossier :

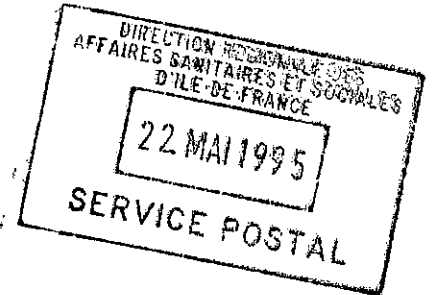
Marie-Christine COËNT

tél : 40.56.70.84

Fax : 40.56.72.05

ou 40.56.77.03

VU
DIRECTION



Le Ministre d'Etat,
Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville

à

Monsieur le Haut-Commissaire de la République
en Polynésie Française

Messieurs les Préfets de Région
(Directions régionales des affaires sanitaires et sociales,
Direction interrégionale de la sécurité sociale des Antilles-Guyane,
Direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion)

Mesdames et Messieurs les Présidents des
Conseils d'Administration, Directeurs ou
responsables des caisses, organismes ou services
assurant la gestion d'un régime obligatoire
d'assurance vieillesse

Monsieur le Directeur de la Caisse Nationale
d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Monsieur le Directeur 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

Monsieur le Directeur de la Caisse Nationale
Militaire de sécurité sociale

Madame le Directeur du Centre de Sécurité Sociale
des Travailleurs Migrants

CIRCULAIRE n°DSS/DCI/95) 43 du 10 MAI 1995 relative à la mise en oeuvre du décret
n°94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination des régimes métropolitains et
polynésiens de sécurité sociale.

Date d'application : 1er janvier 1995.

Résumé : Mise en oeuvre du décret de coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale.

Mots clés : Coordination - régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale.

Textes de référence :

- Loi n°94/99 du 5 février 1994 d'orientation pour le développement économique, social et culturel de la Polynésie française (et notamment ses articles 3 et 11) modifiée par la loi n°95-97 du 1er février 1995 étendant certaines dispositions du code de la route et portant dispositions diverses relatives à l'outre-mer (article 11)
- Décret n°94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale
- Délibération n° 94-138 AT du 2 décembre 1994 prise par l'assemblée territoriale de la Polynésie française.

La Polynésie française est, conformément à son statut, compétente en matière de protection sociale. En vertu de cette compétence le territoire a élaboré son propre système de protection sociale. En raison des nombreuses difficultés rencontrées par les assurés d'un régime se rendant sur l'autre territoire, et notamment des assurés d'un des régimes métropolitains de sécurité sociale se rendant en Polynésie française pour y résider ou en séjour temporaire, la loi du 5 février 1994 d'orientation pour le développement économique, social et culturel de la Polynésie française a prévu, dans son article 3, que l'Etat conclura avec le territoire de la Polynésie française un accord entre les régimes de protection sociale qui permettra la coordination de ces régimes pour l'ensemble des risques au profit des personnes assurées.

La coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale est organisée par le décret n°94-1146 du 26 décembre 1994 qui s'applique en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, la délibération n° 94-138 AT du 2 décembre 1994, prise par l'assemblée territoriale de la Polynésie française, assure la réciprocité et la concordance des dispositions du décret de coordination sur ce territoire.

.../...

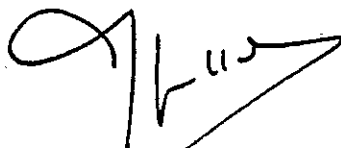
Par ailleurs, la loi d'orientation du 5 février 1994 précitée modifiée par la loi n°95-97 du 1er février 1995 prévoit, dans son article 11, que les fonctionnaires de l'Etat, les magistrats et les militaires relevant du code des pensions civiles et militaires de l'Etat ainsi que les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et les ouvriers relevant du fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat qui exercent leurs fonctions en Polynésie française ou qui y résident en qualité de pensionnés au titre de leur régime spécial sont affiliés, à compter du 1er janvier 1995, pour les prestations de l'assurance maladie maternité, au régime de sécurité sociale qui leur serait applicable s'ils exerçaient leurs fonctions en métropole ou y résidaient en qualité de pensionné au titre de leur régime spécial.

La présente circulaire se propose de donner toutes les indications utiles pour la mise en oeuvre du décret de coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale qui s'applique à compter du 1er janvier 1995.

Les formulaires de liaison nécessaires pour l'application des dispositions du texte de coordination figurent en annexe. Chaque caisse reproduira ces modèles de formulaires selon les moyens internes dont elle dispose en fonction de ses besoins.

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

*Pour le Ministre et par délégation
le Directeur de la Sécurité Sociale*



Rolande RUELLAN

4
SOMMAIRE

PAGES

Chapitre I – Dispositions générales	5
1.1. Champ d'application territorial et personnel (application de l'article 1 de l'accord de coordination)	5
1.2. Champ d'application matériel (application de l'article 2 de l'accord de coordination)	5
1.3. Dispositions dérogatoires à la règle de l'assujettissement au régime de sécurité sociale du territoire d'emploi (application de l'article 3 du décret de coordination)	6
1.3.1. Le détachement (au sens de la sécurité sociale) des travailleurs saliés et non salariés (articles 3-1 et 3-2)	6
a) Travailleurs salariés et assimilés	6
b) Travailleurs non salariés	7
c) Déplacements de courte durée	7
d) Cas où le détachement excèderait la durée maximale autorisée (prolongation comprise)	7
e) Utilisation du certificat de détachement	8
1.3.2. Maintien au régime métropolitain de sécurité sociale des fonctionnaires en activité ou en retraite en Polynésie française (application de l'article 3-4 de l'accord de coordination)	8
1.3.3. Travailleurs salariés ou assimilés des entreprises de transport aérien (article 3-5)	8
1.3.4. Régime applicable aux marins (application de l'article 3-5 de l'accord de coordination)	9
1.3.5. Autres dérogations (application de l'article 3-6 de l'accord de coordination)	9
1.4. Egalité de traitement (application de l'article 4 de l'accord de coordination)	9
1.5. Absence du maintien de droit	9
Chapitre II – Dispositions relatives à l'assurance vieillesse (application des articles 5 à 16 de l'accord de coordination)	10
Pensions de survivants	10

Chapitre III – Dispositions relatives aux assurances maladie, maternité, invalidité et décès (application des articles 17 à 27 de l'accord de coordination)	10
3.1. Ouverture du droit et totalisation des périodes (application de l'article 17 et 23 de l'accord de coordination)	10
3.2. Modalités de service des prestations d'assurance maladie-maternité (application des articles 18 à 22 de l'accord de coordination)	11
3.2.1. Dispositions communes à tous les assurés (application de l'article 18 de l'accord de coordination)	11
3.2.2. Service des prestations en nature aux travailleurs détachés (travailleurs salariés, travailleurs non salariés), aux travailleurs salariés d'entreprises de transports aériens et aux fonctionnaires de l'Etat, magistrats, militaires, fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et ouvriers de l'Etat en activité en Polynésie française (Application de l'article 19 de l'accord de coordination)	13
3.2.2.1. Service des prestations en nature d'assurance maladie-maternité aux assurés résidant en Polynésie française ou en France métropolitaine ou dans un DOM	13
a) Service des prestations du régime d'affiliation	13
b) Service des prestations du régime du territoire d'emploi	14
3.2.2.2. Service des prestations en nature d'assurance maladie-maternité aux assurés occupés habituellement sur l'un des territoires et séjournant temporairement sur l'autre dans lequel ils sont affiliés en matière de protection sociale	15
3.2.3. Service des prestations en espèces	15
3.2.4. Service des prestations en nature aux pensionnés (application de l'article 21 de l'accord de coordination)	15
a) Service des prestations en nature d'assurance maladie-maternité aux pensionnés résidant en Polynésie française ou en France métropolitaine ou dans un DOM	15
b) Service des prestations en nature d'assurance maladie-maternité aux pensionnés résidant habituellement sur l'un des territoires et séjournant temporairement sur l'autre	16

3.2.5. Service des prestations aux ayants droit d'un travailleur salarié ou non salarié ou d'un fonctionnaire, d'un magistrat, d'un militaire, d'un ouvrier de l'Etat ou d'un pensionné qui ne résident pas sur le même territoire que leur ouvrant droit (application des articles 20 et 21 de l'accord de coordination)	18
3.2.6. Charge des prestations en nature d'assurance maladie-maternité	18
3.2.7. Service des prestations en nature de grande importance	19
3.3. Assurance invalidité (application des articles 23 à 26 de l'accord de coordination)	19
3.4. Assurance décès (application de l'article 27)	19
Chapitre IV – dispositions relatives à l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (application des articles 28 à 34 de l'accord de coordination)	20
4.1. Service des prestations d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (application des articles 29 et 30 de l'accord de coordination)	20
4.2. Contestation du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie	20
4.3. Prise en charge des prestations en nature de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles	20
Chapite V – Prestations familiales (application des articles 35 et 36 de l'accord de coordination)	21
5.1. Ouverture des droits (article 35)	21
5.2. Versement de prestations familiales aux membres de la famille résidant sur l'autre territoire	21

Le décret portant coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale s'organise comme suit :

Le chapitre I traite des dispositions générales concernant la définition du champ d'application territorial, personnel et matériel du décret de coordination (articles 1 et 2), les dérogations au principe d'affiliation au régime de sécurité sociale du territoire d'emploi (article 3), l'application du principe d'égalité de traitement sur le territoire du pays d'emploi ou de résidence entre les assurés, quelle que soit leur nationalité (article 4).

Les chapitres II, III, IV, V et VI précisent les règles de coordination concernant l'ensemble des risques couverts :

- assurance vieillesse : articles 5 à 16 ;
- assurances maladie, maternité, invalidité : articles 17 à 26 ;
- assurance décès : article 27 ;
- assurances accidents du travail et maladies professionnelles : articles 28 à 34
- prestations familiales : articles 35 et 36.

Le chapitre VII précise les dispositions financières applicables : remboursement entre institutions, frais de gestion, avances (article 37), communications d'informations et contrôles (article 38), autorités compétentes (article 39), date d'effet du décret, article d'exécution (article 41).

*
* *
*

Chapitre I - Dispositions générales

1.1. Champ d'application territorial et personnel (application de l'article 1 de l'accord de coordination)

Le décret de coordination s'applique en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM).

La délibération du 2 décembre 1994 précitée prise par le gouvernement du territoire de la Polynésie française assure la réciprocité et la concordance des dispositions du décret en Polynésie française.

S'agissant d'assurés d'un régime du territoire métropolitain, les dispositions de coordination concernent, quelle que soit leur nationalité :

1. les travailleurs exerçant ou ayant exercé une activité salariée ou assimilée ou non salariée en France métropolitaine ou dans un DOM et leurs ayants droit pour la coordination en matière d'assurance vieillesse, maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail, maladie professionnelle et prestations familiales.

L'activité assimilée à une activité salariée est celle reconnue comme telle par la législation métropolitaine.

2. L'ensemble des assurés d'un des régimes métropolitains de sécurité sociale (autres que les travailleurs) et leurs ayants droit pour la coordination en matière d'assurance vieillesse, d'assurance obligatoire ou volontaire accidents du travail et en cas de séjour temporaire en Polynésie pour les prestations en nature de l'assurance maladie, maternité, invalidité.

3. Les fonctionnaires de l'Etat, y compris les fonctionnaires du corps d'Etat pour l'administration de la Polynésie française (CEAPF), les magistrats et les militaires ainsi que les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et les ouvriers de l'Etat en activité ou à la retraite en Polynésie française, ainsi que les ayants droit de l'ensemble de ces personnes pour les prestations de l'assurance maladie -maternité et pour les prestations en nature de l'assurance invalidité.

Du côté polynésien, tous les assurés et leurs ayants droit bénéficient de l'accord de coordination dès lors que leur régime de protection sociale est géré par la Caisse de prévoyance sociale (CPS).

1.2. Champ d'application matériel (application de l'article 2 de l'accord de coordination)

Les législations métropolitaines et polynésiennes concernées compte-tenu des personnes et des risques visés sont énumérées.

Les fonctionnaires continuent à relever de leur régime spécial de retraite quand ils exercent leurs fonctions en Polynésie française, dès lors qu'ils sont dans une situation statutaire qui les y autorise.

Cependant, il faut noter que, conformément aux dispositions du chapitre II - article 6 de l'accord de coordination, 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 des établissements industriels de l'Etat sont prises en compte pour l'acquisition, le maintien ou le recouvrement d'un droit à prestations. Ainsi, le cas échéant, elles sont 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.

1.3. Dispositions dérogatoires à la règle de l'assujettissement au régime de sécurité sociale du territoire d'emploi (application de l'article 3 du décret de coordination)

1.3.1. Le détachement (au sens de la sécurité sociale) des travailleurs salariés et non salariés (articles 3-1 et 3-2)

L'article 3 du décret détermine la situation des travailleurs salariés et assimilés et non salariés détachés sur l'autre territoire qui continuent à relever du régime de protection sociale de leur pays d'emploi habituel.

Les délais de détachement des assurés commencent à courir à compter du 1er janvier 1995, y compris pour ceux qui étaient déjà détachés auparavant.

a) Travailleurs salariés et assimilés

Pour détacher temporairement en Polynésie un travailleur salarié ou assimilé, assuré auprès d'un régime métropolitain de sécurité sociale, l'employeur doit adresser une demande de maintien d'affiliation à la caisse d'affiliation du salarié, accompagnée de son engagement à s'acquitter de l'intégralité des cotisations dues.

Les cotisations sont calculées sur la base du salaire réellement versé à l'intéressé en métropole et en Polynésie le cas échéant, y compris les primes et indemnités diverses. En cas d'urgence, l'employeur avise la caisse du détachement opéré de fait. Le maintien du travailleur au bénéfice de la législation sera prononcé à titre provisoire, sous réserve de la régularisation de la demande dans les 3 mois.

La Caisse délivre à l'employeur, qui le remet au salarié, "un certificat de détachement" dont le modèle figure en annexe à la présente circulaire (980.01).

Le détachement est accordé, lorsque les conditions requises sont remplies, par décision unilatérale de la Caisse d'affiliation, pour une période initiale maximale de 3 ans, y compris les congés. Cette période peut être prolongée au delà de 3 ans pour une nouvelle période de 3 ans maximum avec l'accord de l'autorité administrative compétente du lieu de détachement.

Cette demande de prolongation doit être formulée par l'employeur directement auprès de l'organisme compétent du lieu de détachement soit, pour les personnes détachées en Polynésie, à la Caisse de Prévoyance Sociale polynésienne (CPS) soit, pour les personnes détachées en France métropolitaine à la DRASS de la région où s'exerce l'activité de l'intéressé.

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 l'envoi de la demande. L'employeur s'adresse alors à la caisse d'affiliation du salarié, avec la copie de sa demande de prolongation adressée à l'organisme compétent du lieu de détachement, pour la délivrance du nouveau certificat de détachement.

b) Travailleurs non salariés

Pour les travailleurs non salariés, la procédure est identique mais c'est à ces derniers qu'il appartient d'accomplir directement toutes les démarches utiles en vue de la délivrance du certificat de détachement. La durée du détachement (au sens de la sécurité sociale) est fixée à douze mois renouvelable une fois, avec accord des autorités mentionnées au point a). L'hypothèse envisagée concerne, notamment, les travailleurs non salariés qui doivent effectuer une prestation de service sur l'autre territoire.

c) 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, l'institution d'affiliation pourra délivrer à l'avance aux entreprises qui en feront la demande des certificats de détachement munis d'un numéro d'ordre et revêtus du cachet et de la signature de son représentant.

L'employeur, lorsqu'il enverra un membre de son personnel en mission imprévisibles, devra remplir le formulaire en double exemplaire, en remettre un au travailleur avant son départ et adresser l'autre dans les 24 heures, à l'institution d'affiliation.

Bien entendu, les caisses devront veiller à ce qu'il ne soit pas fait un usage abusif de la facilité ainsi offerte aux entreprises.

d) Cas où le détachement excéderait la durée maximale autorisée (prolongation comprise).

Dans le cas où un employeur souhaite faire prolonger le détachement du travailleur salarié au delà de la durée maximale autorisée (2x3 ans) ou dans l'hypothèse où le travailleur non salarié souhaite le maintien du détachement au delà de la durée maximale autorisée (2x douze mois), pour achever un travail entrepris, l'employeur ou le travailleur non salarié doivent, avant l'expiration de la période de détachement autorisée, demander à l'autorité compétente de leur territoire d'affiliation (DRASS pour les personnes affiliées en métropole) de se mettre en rapport avec l'autorité compétente de l'autre territoire (CPS pour la Polynésie) en vue d'obtenir une prorogation de l'exemption d'affiliation, conformément aux dispositions de l'article 3 paragraphe 6 du décret de coordination. 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 des autorités compétentes, un nouveau certificat de détachement est établi par la caisse d'affiliation du travailleur, la rubrique 5 du certificat de détachement est alors complétée avec la référence à l'article 3 paragraphe 6 du décret de coordination. Ce certificat est remis soit à l'employeur, qui le remet au travailleur salarié, soit directement au travailleur non salarié.

e) Utilisation du certificat de détachement

Le travailleur pourra remettre à la Caisse du lieu de séjour une copie conforme du certificat de détachement qu'il doit pouvoir présenter pour justifier de son exemption d'affiliation au régime de sécurité sociale du territoire de sa nouvelle activité.

De plus, il devra être recommandé au travailleur de ne pas s'en dessaisir. En effet, ce document permet au travailleur d'obtenir des institutions d'assurance du lieu où il est détaché, sur présentation de sa carte d'assuré social en cours de validité s'il s'agit d'un assuré du régime métropolitain [ou d' "une attestation de droit aux prestations en nature des assurances maladie-maternité pendant un séjour sur l'autre territoire" (980-04) annexée à la présente circulaire, s'il s'agit d'un assuré du régime polynésien], les prestations en nature en cas de maladie, de maternité, d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Les modalités de service des prestations en cause sont précisées dans le chapitre III, point 3-2 de la présente circulaire intitulé : service des prestations aux travailleurs détachés.

1.3.2. Maintien au régime métropolitain de sécurité sociale des fonctionnaires en activité ou en retraite en Polynésie française (application de l'article 3-4 de l'accord de coordination)

Les fonctionnaires de l'Etat, y compris les fonctionnaires du corps d'Etat pour l'administration de la Polynésie française (CEAPF), les magistrats et les militaires relevant du code des pensions civiles et militaires de l'Etat, ainsi que les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), et les ouvriers relevant du fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, sont soumis aux dispositions en matière de sécurité sociale de la France métropolitaine dès lors qu'ils sont dans une situation statutaire leur permettant de continuer de relever de leur régime spécial de pension et de sécurité sociale.

1.3.3. Travailleurs salariés ou assimilés des entreprises de transport aérien (article 3-5).

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.

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.

1.3.4. Régime applicable aux marins (application de l'article 3-5 de l'accord de coordination)

Les marins embarqués à titre professionnel sur des navires de plus de dix tonneaux immatriculés sur le territoire de la Polynésie française non armés à la pêche demeurent affiliés au régime géré par l'Etablissement national des invalides de la Marine (ENIM) et relèvent des règles de coordination du protocole du 5 juin 1981 signé entre la CPS et l'ENIM.

Les autres marins relèvent du régime de sécurité sociale du territoire d'immatriculation du navire.

1.3.5. Autres dérogations (application de l'article 3-6 de l'accord de coordination)

Les autorités administratives compétentes de la France métropolitaine et de la Polynésie française peuvent prévoir, d'un commun accord, d'autres dérogations au principe de l'application du régime de sécurité sociale du territoire d'emploi pour les travailleurs salariés ou assimilés et pour les travailleurs non salariés.

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 au point 1.3.1. d).

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 mentionné à l'article 39 de l'accord de coordination (centre de sécurité sociale des travailleurs migrants pour la France métropolitaine) qui les transmet à l'autorité compétente (Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la Ville pour la France métropolitaine) qui traite cette demande avec l'autorité administrative compétente sur l'autre territoire.

1.4. Egalité de traitement (application de l'article 4 de l'accord de coordination)

Les dispositions de l'accord de coordination sont applicables à tous les assurés des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale, quelle que soit leur nationalité. A ce titre, ils bénéficient de l'égalité de traitement.

1.5. Absence du maintien de droit

Les personnes qui, étant en situation de maintien de droit au sens de l'article L.161-8 1er alinéa du code de la sécurité sociale, quittent le territoire de la France métropolitaine pour s'installer sur le territoire de la Polynésie française, 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 d'assurance maladie-maternité, invalidité et décès du régime métropolitain dont ils relevaient précédemment pour les soins reçus sur le territoire de la Polynésie française.

Cette disposition s'applique sans préjudice de la mise en oeuvre des possibilités de transferts de résidence autorisés prévus aux articles 18 et 29 de l'accord de coordination.

Chapitre II – Dispositions relatives à l'assurance vieillesse (application des articles 5 à 16 de l'accord de coordination)

Les règles relatives aux conditions d'ouverture des droits à pension de vieillesse, de calcul de la pension, d'introduction et d'instruction des demandes de pensions et de paiement des pensions sont détaillées dans le chapitre II de l'accord de coordination.

Il apparaît cependant nécessaire d'apporter certaines précisions concernant les modalités de calcul de la pension.

Le système retenu est, dans le principe, celui applicable dans le cadre des règlements communautaires : si le droit est ouvert au regard de la législation appliquée par chacune des institutions qui liquide les droits, chacune de celle-ci procède à une double liquidation compte tenu, d'une part, des seules périodes valables au regard de la législation qu'elle applique, puis, d'autre part, compte tenu de la totalisation des périodes d'assurance avec application ensuite de la règle du prorata temporis et choisit la solution la plus avantageuse pour l'assuré. Si le droit n'est ouvert que compte tenu de la totalisation des périodes d'assurance accomplies sur les deux territoires, elle procède à la liquidation au seul prorata temporis.

Pour l'application des systèmes de la totalisation/proratation

- les institutions des deux territoires échangent des relevés de carrière établis sur les formulaires internes habituellement utilisés ;
- la totalisation s'effectue dans les conditions prévues à l'article 9 du texte de coordination;
- lors du calcul du prorata temporis, il est procédé conformément aux dispositions de l'article 7 § 2 et, pour une période inférieure à un an, conformément aux dispositions de l'article 10.

Il convient de préciser que l'ensemble des dispositions ci-dessus s'appliquent également en cas de liquidation séparée. Lorsqu'ensuite l'intéressé demande la liquidation de ses droits qu'il avait différés ou qui n'avaient pas pu être liquidés au regard de la législation ou réglementation de l'un des territoires, il est procédé à la liquidation de la prestation due au titre de cette législation ou réglementation, dans les conditions indiquées ci-dessus sans qu'il y ait lieu de procéder au recalcul de la prestation déjà liquidée sur l'autre territoire.

Pensions de survivants

Sont liquidées conformément aux dispositions précisées ci-dessus les pensions de veuf ou veuve invalide, les allocations veuvage et les pensions de réversion.

Chapitre III – Dispositions relatives aux assurances maladie, maternité, invalidité et décès (application des articles 17 à 27 de l'accord de coordination)

3.1. Ouverture du droit et totalisation des périodes (application de l'article 17 et 23 de l'accord de coordination)

L'article 17 de l'accord de coordination prévoit que les personnes assurées du régime métropolitain ou polynésien de sécurité sociale et leurs ayants droit peuvent bénéficier, le cas échéant, des prestations d'assurance maladie, maternité et invalidité et du capital décès prévus 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 le précédent 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 d'assurance" (980-03) jointe à la présente circulaire. Cette attestation est demandée par l'assuré, ou par l'institution compétente du territoire à la législation duquel il est soumis, à l'institution du territoire à la législation duquel il était soumis précédemment.

3.2. Modalités de service des prestations d'assurance maladie-maternité (application des articles 18 à 22 de l'accord de coordination)

3.2.1. Dispositions communes à tous les assurés (application de l'article 18 de l'accord de coordination)

Un assuré du régime métropolitain ou polynésien de sécurité sociale qui remplit les conditions requises pour avoir droit aux prestations de sécurité sociale de son territoire d'affiliation, compte tenu le cas échéant des périodes d'assurance ou assimilées accomplies sur l'autre territoire, pourra avoir droit aux prestations dans l'une des trois situations suivantes :

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

Il s'agit, notamment, des assurés qui à l'occasion d'un séjour de vacances sur l'autre territoire doivent être soignés ou hospitalisés en urgence. Pour pouvoir bénéficier des prestations en nature servies par l'institution de séjour selon la réglementation qu'elle applique, pour le compte de l'institution d'affiliation, l'assuré est tenu de présenter à l'institution de séjour soit sa carte d'assuré social, s'il s'agit d'un assuré du régime métropolitain, soit "une attestation de droit aux prestations en nature des assurances maladie-maternité pendant un séjour sur l'autre territoire" (980.04). Cette attestation est délivrée par l'institution d'affiliation. Elle indique que son bénéficiaire a droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité ainsi que la durée possible du service de ces prestations.

L'attestation précitée est remise à l'assuré qui en fait la demande (ou à ses ayants droit) avant leur départ en séjour sur l'autre territoire ou est envoyée à l'institution du lieu de séjour si le formulaire est établi à la demande de celle-ci. L'attestation 980.04 précitée peut également être délivrée, à la demande de la CPS, aux assurés métropolitains pour le service de prestations en Polynésie.

Il convient de noter que si les assurés relevant d'une caisse métropolitaine n'accomplissent pas les démarches leur permettant d'être remboursés ou pris en charge localement par le régime polynésien et acquittent leurs factures, les frais leur sont remboursés par leur caisse d'affiliation, au retour en France, dans les conditions et limites prévues pour la prise en charge des soins reçus à l'étranger.

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

Il s'agit des assurés admis aux prestations auprès de l'institution dont ils relèvent habituellement qui souhaitent se rendre sur l'autre territoire pour y passer leur congé maladie ou leur convalescence ou bien qui transfèrent leur résidence sur l'autre territoire alors qu'ils sont en cours d'indemnisation ou ont acquis un droit à indemnisation (exemple : femme enceinte qui suit son conjoint ou son compagnon détaché ou muté en Polynésie et qui a des droits à prestation de maternité à titre personnel – assurés d'origine métropolitaine affiliés auprès du régime polynésien qui veulent rentrer en métropole en cours d'indemnisation).

---> c) qui est autorisé par l'institution d'affiliation à se rendre sur l'autre territoire pour y recevoir des soins appropriés à son état : il s'agit des assurés qui sont autorisés 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 ou réglementation qu'elle applique, comme si l'assuré y était affilié. La durée du service des prestations est toutefois régie par la législation ou réglementation du territoire d'affiliation de l'assuré.

Modalités d'application des dispositions relatives au transfert de résidence autorisé

L'institution d'affiliation de la personne assurée qui l'autorise à conserver les prestations en nature d'assurance maladie-maternité si elle se rend sur l'autre territoire dans les cas visés aux points b) et c), ci-dessus énumérés, doit obligatoirement remettre à l'assuré "une attestation du maintien au bénéfice des prestations des assurances maladie-maternité" (980.05) jointe en annexe à la présente circulaire.

Cette attestation est remise à l'assuré avant son départ. A son arrivée sur l'autre territoire, il doit la remettre, soit à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de sa nouvelle résidence en métropole, soit à la CPS s'il s'agit d'un assuré du régime métropolitain autorisé à se rendre en Polynésie.

L'attestation précitée prévoit l'assurance pour laquelle le service des prestations en nature est maintenu à l'assuré en cause (ou à son ayant-droit), ainsi que la durée de service desdites prestations.

Si l'état de santé de l'assuré nécessite une prolongation des soins au delà de la période initialement prévue dans l'attestation délivrée, l'assuré doit adresser une demande de prolongation, accompagnée des pièces médicales justificatives, à l'institution de sa nouvelle résidence.

Dès réception de cette demande, ladite institution peut faire procéder, par son contrôle médical, à l'examen de l'intéressé et transmet sans retard l'ensemble du dossier à l'institution d'affiliation.

L'institution d'affiliation prend sa décision et la notifie à l'assuré et à l'institution compétente de sa nouvelle résidence. Cette notification comporte obligatoirement :

- en cas d'accord, l'indication de la durée prévisible de la prorogation du service des prestations et la nature des prestations dues
- en cas de refus, les motifs du refus et les voies de recours dont dispose l'intéressé.

L'ensemble de ces dispositions communes sont applicables aux ayants droit de l'assuré, reconnus comme tels par sa législation d'affiliation.

3.2.2. Service des prestations en nature aux travailleurs détachés (travailleurs salariés, travailleurs non salariés), aux travailleurs salariés d'entreprises de transports aériens et aux fonctionnaires de l'Etat, magistrats, militaires, fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et ouvriers de l'Etat en activité en Polynésie française (*) (Application de l'article 19 de l'accord de coordination)

3.2.2.1. Service des prestations en nature d'assurance maladie-maternité aux assurés résidant en Polynésie française ou en France métropolitaine ou dans un DOM

a - Service des prestations du régime d'affiliation

Les travailleurs salariés ou assimilés et les travailleurs non salariés qui bénéficient d'un détachement en matière de sécurité sociale leur permettant de demeurer soumis au régime de sécurité sociale de leur territoire de travail habituel, les travailleurs salariés ou assimilés d'entreprises de transports aériens occupés sur un territoire comme personnel navigant tout en étant affiliés au régime de sécurité sociale de l'autre territoire ainsi que les fonctionnaires, les magistrats, les militaires et ouvriers de l'Etat en activité en Polynésie française (dès lors qu'ils sont dans une situation statutaire leur permettant de continuer de relever de leur régime spécial de pension et de sécurité sociale) ont droit au service des prestations en nature des assurances maladie, maternité de leur régime d'affiliation, pendant la durée de leur séjour dans le territoire où ils sont occupés.

Les assurés relevant d'un régime métropolitain de sécurité sociale qui sont occupés en Polynésie française, bénéficient, ainsi que leurs ayants droit qui résident avec eux, des prestations en nature de leur régime métropolitain d'affiliation qui assure directement leur prise en charge, dans les conditions prévues par sa réglementation pour le service des prestations aux travailleurs détachés à l'étranger, et, s'agissant des fonctionnaires, conformément aux modalités en vigueur pour le service des prestations aux fonctionnaires, aux magistrats, aux militaires ou aux ouvriers de l'Etat en service ou en mission à l'étranger (sous réserve des dispositions de l'article D.713-4 du code de la sécurité sociale s'agissant des militaires).

En conséquence, les assurés doivent faire l'avance des frais et adressent leur demande de remboursement à leur caisse d'affiliation en France métropolitaine avec les justifications des dépenses réellement exposées et acquittées et notamment :

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

(* dans le présent chapitre, le terme de fonctionnaires, employé sans autre précision recouvre les fonctionnaires d'Etat, les fonctionnaires territoriaux et les fonctionnaires hospitaliers.

Les caisses françaises devront prendre en considération les demandes de remboursement faites à l'aide des feuilles de demande de remboursement polynésiennes, dont le modèle est joint en annexe. Le remboursement se fera au vu de ces justifications (les pièces justificatives doivent être des originaux) dans la double limite des frais exposés et du tarif de responsabilité de la caisse d'affiliation.

S'agissant des fonctionnaires, des magistrats, des militaires et des ouvriers de l'Etat en activité en Polynésie française, ils doivent adresser leur demande de remboursement (faite dans les mêmes conditions et modalités que pour les autres assurés d'un régime métropolitain de sécurité sociale) :

- soit à la mutuelle de fonctionnaires d'administration centrale dont ils relèvent, s'agissant des fonctionnaires de l'Etat et des magistrats
- soit à la CPAM de Paris (ou à la mutuelle qu'elle aura habilitée à cet effet), s'agissant des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers
- soit à la mutuelle dont ils relèvent s'agissant des ouvriers de l'Etat, dans la circonscription de la CPAM de Paris
- soit à la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), s'agissant des militaires.

Des accords particuliers pourront être négociés notamment entre les mutuelles des fonctionnaires intéressées ou la caisse nationale militaire de sécurité sociale (conformément à son règlement du service des prestations) et les établissements ou fournisseurs de soins en Polynésie pour éviter aux assurés l'avance des frais (accord de tiers payant).

b- Service des prestations du régime du territoire d'emploi (dispositif mis en place par l'accord de coordination - article 19 § 2)

Toutefois, conformément aux dispositions du décret portant coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale, les bénéficiaires d'un détachement, les travailleurs salariés ou assimilés d'entreprises de transports aériens occupés sur un territoire comme personnel navigant tout en étant affiliés au régime de sécurité sociale de l'autre territoire ainsi que les fonctionnaires, les magistrats, les militaires et les ouvriers de l'Etat en activité en Polynésie française, et les ayants droit de l'ensemble de ces assurés qui résident avec eux peuvent demander le service des prestations en nature servies par l'institution de leur territoire d'activité dans les conditions de la législation ou de la réglementation qu'elle applique.

Les assurés précités, occupés en Polynésie française, qui relèvent d'un régime métropolitain de sécurité sociale, et leurs ayants droit résidant avec eux, peuvent ainsi demander le service des prestations polynésiennes à la caisse de prévoyance sociale polynésienne.

Pour pouvoir bénéficier des prestations polynésiennes, les assurés d'un régime métropolitain doivent, à l'occasion d'une première demande de remboursement faite à la CPS, présenter leur carte d'assuré social en cours de validité ou, à défaut, s'agissant de travailleurs détachés une "attestation de droit aux prestations en nature des assurances maladie-maternité pendant un séjour sur l'autre territoire" (980.04). Ce même formulaire sera utilisé par un assuré d'un régime polynésien détaché en France métropolitaine.

Les travailleurs détachés doivent également présenter leur certificat de détachement (980.01), et les fonctionnaires, les magistrats, les militaires et les ouvriers de l'Etat, leur "certificat d'affiliation pour les fonctionnaires exerçant leur activité en Polynésie française" (980.02) rempli par leur employeur (payeur).

Par exemple, si c'est à l'occasion de soins lourds, tels que l'hospitalisation, que les assurés précités souhaitent une prise en charge par la CPS, pour éviter de devoir faire l'avance éventuelle des frais, ils devront en faire la demande à la CPS en présentant les pièces ci-dessus mentionnées.

N.B. : Dans cette hypothèse, la qualité d'ayant droit, dès lors que l'ayant droit en cause réside au moins 183 jours sur le territoire de la Polynésie française, est appréciée en fonction de la seule législation ou réglementation polynésienne.

Il en résulte notamment que les enfants des assurés en cause âgés de 20 à 21 ans qui demeurent des ayants droit au sens de la législation ou réglementation polynésienne ne le sont plus au sens de la législation métropolitaine. Par conséquent, ils ne peuvent demander, en qualité d'ayant droit, que le seul service des prestations polynésiennes.

3.2.2.2. Service des prestations en nature d'assurance maladie-maternité aux assurés occupés habituellement sur l'un des territoires et séjournant temporairement sur l'autre dans lequel ils sont affiliés en matière de protection sociale

Lorsque les assurés occupés habituellement sur l'un des territoires viennent en séjour temporaire sur l'autre territoire dans lequel ils sont affiliés en matière de protection sociale, ils bénéficient des prestations en nature d'assurance maladie-maternité du territoire de leur régime d'affiliation, servies dans les conditions de droit commun.

Ainsi, les assurés relevant d'un régime métropolitain de sécurité sociale qui sont occupés en Polynésie française, bénéficient, lorsqu'ils viennent en séjour temporaire en France métropolitaine ou dans un DOM, des prestations en nature d'assurance maladie-maternité de leur régime métropolitain d'affiliation servies dans les conditions du droit commun par l'organisme qui a établi leur carte d'assuré social.

3.2.3. Service des prestations en espèces

Le service des prestations en espèces est assuré directement par l'institution d'affiliation des assurés.

S'agissant des fonctionnaires en activité précités, pour les prestations en espèces, ils bénéficient des dispositions de l'article D.712-12 du code de la sécurité sociale.

3.2.4. Service des prestations en nature aux pensionnés (application de l'article 21 de l'accord de coordination)

a - Service des prestations en nature d'assurance maladie-maternité aux pensionnés résidant en Polynésie française ou en France métropolitaine ou dans un DOM

Les titulaires de pensions de vieillesse, de survivants ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail susceptible d'ouvrir droit aux soins de santé, ainsi que les ayants droit qui résident avec eux, bénéficient des prestations servies selon la législation ou la réglementation qu'elle applique par l'institution compétente du territoire de leur résidence.

S'agissant d'un pensionné d'un régime métropolitain résidant sur le territoire de la Polynésie française ou d'un pensionné du régime polynésien résidant en métropole ou dans un DOM et qui n'a pas le droit aux prestations d'assurance maladie-maternité au regard de la législation de ce territoire du fait de l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une pension servie par le régime de ce territoire et lui ouvrant droit aux soins de santé, il doit, pour pouvoir bénéficier des prestations en nature des assurances maladie-maternité pour lui-même et ses ayants droit qui résident avec lui, s'inscrire auprès de la CPS s'il réside sur le territoire de la Polynésie ou auprès de la CPAM s'il réside sur le territoire métropolitain.

Pour qu'il puisse être procédé à cette inscription, le pensionné doit remettre à l'institution compétente "une attestation pour l'inscription du pensionné et des membres de sa famille"(980.06) accompagnée éventuellement d'une fiche familiale d'état-civil qui permettra l'inscription à la CPS ou à la CPAM du pensionné et de ses ayants droit reconnus comme tels par la législation du territoire de résidence .

Cette attestation est délivrée, à la demande du pensionné, par la Caisse débitrice de la pension ouvrant droit aux soins de santé. S'il s'agit d'un pensionné titulaire de plusieurs pensions servies par différentes caisses métropolitaines, il s'adresse indifféremment à l'une des caisses débitrices des prestations, qui détermine la caisse compétente conformément aux règles applicables sur le territoire métropolitain.

La caisse qui procède à l'inscription du pensionné complète dans sa partie B cette attestation (980.06) en précisant les membres de la famille qui ont pu être inscrits compte tenu de la législation qu'elle applique et retourne un exemplaire à l'organisme débiteur de la pension ou de la rente.

Si le droit aux prestations en nature n'est plus ouvert au regard de la législation du pays débiteur de la pension, l'institution qui a émis le formulaire 980.06, l'annule au moyen du formulaire 980.08.

b - Service des prestations en nature d'assurance maladie-maternité aux pensionnés résidant habituellement(*) sur l'un des territoires et séjournant temporairement sur l'autre

----> i) *Pensionnés, et/ou ayants droit de celui-ci, résidant habituellement en Polynésie française et séjournant temporairement sur le territoire métropolitain*

- Pensionné du seul régime métropolitain (application de l'article 21-2)

Le pensionné s'adresse à la caisse d'assurance maladie compétente, eu égard au lieu où sont dispensés les soins, en fonction du régime qui lui sert la pension dont il est titulaire. S'agissant des personnes, titulaires d'une pension servie au titre des régimes spéciaux, énumérées à l'article 3- 4 de l'accord de coordination, elles devront s'adresser:

- soit aux mutuelles des fonctionnaires des administrations centrales, s'agissant des fonctionnaires de l'Etat et magistrats en retraite

- soit à la CPAM de Paris (ou les mutuelles qu'elle aura habilitées à cet effet) s'agissant des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers en retraite

(*) Pour résider habituellement en Polynésie française, il faut y demeurer plus de 183 jours dans l'année.

- soit aux mutuelles dont relèvent les ouvriers de l'Etat dans la circonscription de la CPAM de Paris pour ces agents en retraite

- soit à la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) s'agissant des militaires en retraite.

Cet organisme, sur présentation de son titre de pension, sert au pensionné des prestations dans les mêmes conditions que s'il résidait habituellement sur le territoire métropolitain.

- Pensionné du seul régime polynésien ou pensionné bénéficiant d'une ou de pensions du régime métropolitain et d'une pension du régime polynésien ("bi-pensionné") (application de l'article 18 a)

Les prestations sont servies par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu où sont reçus les soins, sur présentation de l' "attestation de droit aux prestations en nature des assurances maladie-maternité pendant un séjour sur l'autre territoire" (980-04) délivrée préalablement au départ par la CPS. Si l'intéressé n'est pas en possession de cette attestation, celle-ci peut être demandée a posteriori par la caisse primaire, en particulier en cas d'hospitalisation.

La charge des prestations incombe à la caisse de prévoyance sociale.

----> j) *Pensionné, et/ou ayant droit de celui-ci, résidant habituellement en métropole et séjournant temporairement en Polynésie française*

- Pensionné du seul régime polynésien (application de l'article 21-2)

Le pensionné s'adresse à la caisse de prévoyance sociale qui lui sert les prestations comme s'il résidait habituellement sur ce territoire.

- Pensionné d'un régime métropolitain et pensionné d'un ou de régimes métropolitains et polynésiens résidant habituellement en métropole ("bi-pensionné") (application de l'article 18 a))

Les pensionnés d'un régime métropolitain résidant habituellement en métropole et séjournant temporairement sur le territoire de la Polynésie française bénéficient des prestations en nature des assurances maladie-maternité servies par la caisse de prévoyance sociale sur présentation de leur carte d'assuré social (ou du formulaire 980.04) y compris s'ils bénéficient, outre de la pension d'un des régimes métropolitains, d'une pension du régime polynésien. Ces prestations sont à la charge du régime métropolitain.

Les pensionnés (et/ou ayants droit) résidant habituellement en métropole et séjournant temporairement en Polynésie française conservent la possibilité de solliciter, à leur retour en métropole, un remboursement des frais dont ils auraient fait l'avance auprès de leur caisse d'affiliation. Celle-ci procède aux remboursements dans les conditions prévues pour la prise en charge des soins reçus à l'étranger.

----> k) - *Transfert de résidence autorisé*

En application de l'article 18 § 1 b) et c), les pensionnés qui bénéficient de la prise en charge des soins de santé par le régime du territoire de résidence peuvent obtenir l'autorisation de se rendre sur l'autre territoire dans le cadre du transfert de résidence autorisé ou pour y recevoir des soins conformément aux modalités précisées supra (chapitre III-3.2.1.).

3.2.5. Service des prestations aux ayants droit d'un travailleur salarié ou non salarié ou d'un fonctionnaire, d'un magistrats, d'un militaire, d'un ouvrier de l'Etat ou d'un pensionné qui ne résident pas sur le même territoire que leur ouvrant droit (application des articles 20 et 21 de l'accord de coordination)

Les ayants droit d'un travailleur salarié ou assimilé ou d'un travailleur non salarié ou d'un fonctionnaire, d'un magistrat, d'un militaire, d'un ouvrier de l'Etat ou d'un pensionné, qui ne résident pas sur le même territoire que leur ouvrant droit, bénéficient du service des prestations en nature d'assurance maladie-maternité par l'institution compétente de leur territoire de résidence à la charge de l'institution dont relève le travailleur, le fonctionnaire, le magistrat, le militaire, l'ouvrier de l'Etat ou le pensionné pour autant qu'il n'existe pas un droit propre à prestations au regard de la législation du territoire de résidence du fait d'une activité professionnelle ou d'un droit personnel à pension ou rente.

La qualité d'ayant droit, la durée et les modalités de service des prestations sont déterminées conformément à la législation ou à la réglementation du territoire de résidence des ayants droit.

Pour que les ayants droit précités qui ne résident pas sur le même territoire que l'assuré puissent bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité servies par l'institution de leur territoire de résidence, les assurés ouvrant droit (ou l'institution du lieu de résidence de l'ayant droit) doivent réclamer à leur institution d'affiliation une "attestation pour l'inscription des membres de la famille du travailleur ou du pensionné" (980.07), jointe en annexe à la présente circulaire.

Si cette attestation est délivrée à l'assuré, il doit l'envoyer en double exemplaire aux membres de sa famille qui devront la présenter à l'institution compétente d'assurance maladie-maternité du lieu de leur résidence (CPS en Polynésie française - CPAM en France métropolitaine) pour pouvoir bénéficier des prestations.

Au vu de cette attestation la caisse du lieu de résidence, en métropole la caisse primaire et en Polynésie la CPS, inscrira la famille, complètera l'attestation dans sa partie B et en retournera un exemplaire à la caisse d'affiliation du travailleur.

Cette attestation doit être annulée au moyen du formulaire 980.08 en cas de changement de situation du travailleur ou du pensionné entraînant la fin du droit.

N.B. : Il est rappelé que les ayants droit d'un assuré d'un régime métropolitain de sécurité sociale (travailleurs salariés, travailleurs non salariés, travailleurs salariés d'entreprises de transports aériens, fonctionnaires de l'Etat, magistrats, militaires, fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et ouvriers de l'Etat) qui résident en métropole alors que leur ouvrant droit est occupé sur le territoire de la Polynésie française reçoivent les prestations en nature d'assurance maladie-maternité directement servies par l'organisme d'affiliation ou de rattachement (mutuelle pour les fonctionnaires), dont relèvent normalement l'ouvrant droit.

3.2.6. Charge des prestations en nature d'assurance maladie-maternité

Dans les cas prévus aux articles 18, 19, 20 et 21, les prestations sont remboursées à la caisse qui les a servies par l'intermédiaire de l'organisme de liaison, sur la base de factures présentées.

Il convient de souligner que s'agissant de prestations en nature d'assurance maladie-maternité servies aux pensionnés (et à leurs ayants droit), la charge de celles-ci incombe à la caisse d'affiliation de l'assuré, sauf quand il s'agit des prestations en nature octroyées à un pensionné (et à ses ayants droit) titulaire de pensions ouvrant droit aux soins de santé et versées à la fois par un régime métropolitain et par un régime polynésien de sécurité sociale ("bi-pensionné"), dans ce cas la charge des prestations incombe au régime du territoire de résidence du pensionné.

3.2.7. Service des prestations en nature de grande importance

L'octroi de prothèse, du grand appareillage et des autres prestations en nature d'une grande importance, dont la liste est annexée au décret de coordination précité, est subordonné, sauf en cas d'urgence, à l'autorisation préalable de l'institution d'affiliation de l'assuré.

Les cas d'urgence qui dispensent de solliciter l'autorisation de l'institution d'affiliation requise sont ceux où le service des prestations ne peut être différé sans mettre en danger ou sans compromettre la santé de l'intéressé.

Toutefois s'agissant des pensionnés et des membres de leur famille ou des ayants droit du travailleur ou du pensionné résidant en Polynésie, il n'y aura pas lieu de demander l'autorisation du service des prestations en nature de grande importance.

Afin d'obtenir l'autorisation à laquelle l'octroi des prestations visées à l'article 22 du décret de coordination est subordonné, l'institution du lieu de séjour ou de résidence adresse une demande à l'institution d'affiliation du travailleur au moyen d'un formulaire (980.09) joint en annexe à la présente circulaire.

Lorsque lesdites prestations ont été servies en cas d'urgence, l'institution du lieu de séjour en avise immédiatement l'institution d'affiliation.

3.3. Assurance invalidité (application des articles 23 à 26 de l'accord de coordination)

Conformément aux dispositions de l'article 23 de l'accord de coordination, la pension d'invalidité à caractère contributif est à la charge de l'institution compétente dont relevait le travailleur au moment où par suite de maladie ou d'accident, est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité.

Cette institution liquide la pension d'invalidité conformément à la législation ou à la réglementation qu'elle applique. Dans le cas où pour l'ouverture, le maintien ou le recouvrement du droit aux prestations, l'assuré ne justifie pas de la durée d'assurance ou d'emploi prévue par la législation ou la réglementation applicable, il est fait appel aux périodes d'assurances ou assimilées accomplies sur l'autre territoire selon les modalités explicitées supra (chapitre III.3.1.).

3.4. Assurance décès (application de l'article 27)

Pour pouvoir bénéficier d'une allocation de décès en vertu de la législation métropolitaine ou polynésienne, le requérant est tenu d'adresser sa demande soit 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 sur l'autre territoire (le décès intervenu sur l'autre territoire est assimilé au décès survenu sur le territoire de l'état compétent).

Chapitre IV - Dispositions relatives à l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (application des articles 28 à 34 de l'accord de coordination)

4.1. Service des prestations d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (application des articles 29 et 30 de l'accord de coordination)

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 sur l'autre territoire ou en transfert de résidence autorisé sont identiques à celles appliquées aux autres assurés telles que précisées supra (chapitre III - 3.2.1.). Le formulaire attestant de l'ouverture du droit est le 980.10.

Les prestations en espèces sont versées directement par la caisse compétente du pays d'affiliation conformément à la législation ou à la réglementation qu'elle applique.

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 sur l'autre territoire (CPS en Polynésie française, le plus souvent la CPAM en France métropolitaine), 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 ou sur lequel la maladie professionnelle a été médicalement constatée.

A l'issue du traitement effectué sur le territoire de séjour temporaire, un rapport détaillé accompagné de certificats médicaux concernant les conséquences permanentes de l'accident ou de la maladie professionnelle est transmis à l'institution d'affiliation.

4.2. Contestation du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie

Lorsque l'institution d'affiliation conteste que, pour l'accident ou la maladie dont elle a été avisée dans les conditions énoncées ci-dessus, la législation relative aux accidents du travail ou aux maladies professionnelles soit applicable, elle en avise immédiatement l'institution du territoire de séjour temporaire (CPS ou CPAM). Les prestations en nature servies sont alors considérées comme relevant de l'assurance maladie et continuent à être servies à ce titre.

4.3. Prise en charge des prestations en nature de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles

Dans les cas prévus à l'article 29 les prestations sont remboursées à la Caisse qui les a servies par l'intermédiaire de l'organisme de liaison, sur la base des factures présentées.

Chapite V - Prestations familiales (application des articles 35 et 36 de l'accord de coordination)

5.1. Ouverture des droits (article 35)

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

La réglementation polynésienne subordonnant le versement de prestations familiales à l'accomplissement de périodes d'assurance, d'emploi ou d'activité non salariée, la CPS polynésienne, chaque fois qu'il est nécessaire de faire appel aux périodes accomplies par le travailleur en France métropolitaine, demande à l'institution d'allocations familiales du dernier lieu de travail de l'assuré de lui indiquer le nombre de jours de travail accomplis au moyen d' "une attestation des périodes d'assurance, d'emploi ou d'activité non salariée en vue de l'ouverture du droit aux prestations familiales en Polynésie française "(980.11), jointe en annexe à la présente circulaire.

Cette attestation peut être établie à la demande de l'assuré.

5.2. Versement de prestations familiales aux membres de la famille résidant sur l'autre territoire

Le travailleur salarié ou assimilé ou non salarié a droit, pour les membres de sa famille qui ne résident pas sur le territoire de l'institution d'affiliation du travailleur, aux prestations familiales prévues par la législation du territoire de résidence de la famille servies par l'institution compétente de ce territoire.

S'agissant d'un travailleur soumis à la réglementation polynésienne, 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 Polynésie française aux prestations familiales polynésiennes servies par l'institution polynésienne compétente dès lors qu'il satisfait en France métropolitaine aux conditions d'activité ou de rémunération requises par la réglementation polynésienne pour l'octroi de prestations familiales.

Les conditions requises sont :

- pour le travailleur salarié ou assimilé : justification de durée minimale d'activité ou de rémunération telles que précisées à l'article 36 paragraphe 3 de l'accord de coordination
- pour le travailleur non salarié : affiliation et paiement des cotisations à un régime vieillesse de travailleurs non salariés.

Dès lors que le travailleur remplit en France les conditions d'activité ou d'affiliation requises, il lui appartient d'adresser à la CPS polynésienne "une attestation des périodes d'emploi en métropole en vue de l'octroi des allocations familiales à des membres de la famille d'un travailleur salarié ou non salarié qui résident en polynésie" (980.12) jointe en annexe à la présente circulaire et délivrée par sa caisse d'allocations familiales au travailleur (ou, le cas échéant, directement à la CPS si elle en fait la demande).

*
* * *