

Délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité de la Polynésie française

Paru in extenso au journal officiel n°52 N du 28/12/1995 à la page 2652

Version en vigueur au 23/05/2022

- ▶ Prestations maladie du régime de solidarité territorial (Article 1er à Art. 24)
 - ▶ Titre I - Champ d'application (Article 1er à Art. 3)
 - ▶ Titre II - Principes généraux(Art. 4 à Art. 7)
 - ▶ Titre III - Conditions de prise en charge(Art. 8 à Art. 24)
 - ▶ Section 1 - Hospitalisation (Art. 8)
 - ▶ Section 2 - Soins externes(Art. 9)
 - ▶ Section 3 - Hébergement et transport terrestre lors d'évacuations sanitaires inter-îles.(Art. LP. 10 à Art. LP. 10)
 - ▶ Section 4 - Contraception - Interruption volontaire de grossesse - Fécondation in vitro(Art. 11)
 - ▶ Section 5 - Examens biologiques et imagerie médicale(Art. 12)
 - ▶ Section 6 - Frais d'appareillage (Art. 13)
 - Section 7 - Frais de lunetterie
 - ▶ Section 8 - Frais de transport (Art. 15 à Art. 19)
 - ▶ Section 9 - Soins à l'extérieur du territoire - Evacuations sanitaires (Art. 20 à Art. 23)
 - ▶ Section 10 - Actes non pris en charge(Art. 24)
- ▶ Procédures spécifiques (Art. LP 25 à Art. 45)
 - ▶ Section 1 - Procédure longue maladie (Art. LP 25 à Art. 27)
 - ▶ Section 2 - Maternité (Art. 28)
 - ▶ Section 3 - Handicap (Art. 29)
 - ▶ Section 4 - Cas particulier d'entente préalable(Art. 30)
 - ▶ Titre IV - Obligations - contrôles (Art. 31 à Art. 37)
 - ▶ Section 1 - Obligation des bénéficiaires(Art. 31 à Art. 32)
 - ▶ Section 2 - Obligation des praticiens (Art. 33)
 - ▶ Section 3 - Contrôles (Art. 34 à Art. 35)
 - ▶ Section 4 - Agrément et sanctions(Art. 36)
 - ▶ Section 5 - Expertise (Art. 37)
 - ▶ Titre V - Recours - prescription - pénalités(Art. 38 à Art. 45)
 - ▶ Section 1 - Recours de l'organisme de gestion(Art. 38)
 - ▶ Section 2 - Prescription (Art. 39)
 - ▶ Section 3 - Pénalités (Art. 40 à Art. 45)

L'assemblée territoriale de la Polynésie française,
 Vu la loi n° 84-820 du 6 septembre 1984 modifiée portant statut du territoire de la Polynésie française ;
 Vu la loi d'orientation pour le développement économique, social et culturel de la Polynésie française ;
 Vu la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française ;
 Vu la délibération n° 94-20 AT du 10 mars 1994 portant institution du comité de gestion du régime de solidarité territorial ;
 Vu la délibération n° 95-261 AT du 20 décembre 1995 abrogeant et modifiant la délibération n° 94-21 AT du 10 mars 1994 modifiée, relative aux conditions d'admission au régime de solidarité territorial ;
 Vu l'arrêté n° 1340 CM du 15 décembre 1995 soumettant un projet de délibération à l'assemblée territoriale de la Polynésie française ;
 Vu le caractère d'urgence dudit projet signalé par lettre n° 252 PR/CM du 15 décembre 1995 ;
 Vu la lettre n° 1394-95 AT/SG du 15 décembre 1995 de convocation en séance des conseillers territoriaux ;
 Vu le rapport n° 207-95 du 19 décembre 1995 de la commission des affaires sociales ;
 Dans sa séance du 20 décembre 1995,

Adopte :

**PRESTATIONS MALADIE DU RÉGIME DE SOLIDARITÉ TERRITORIAL
TITRE I - CHAMP D'APPLICATION**

Article 1er *Rédaction issue de Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022*

L'objet de la présente délibération est de définir les conditions de couverture du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité de la Polynésie française, institué par la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994, afin d'assurer la protection de la santé de la population couverte par ce régime et de garantir ainsi l'accès aux soins pour tous, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé.

Les prestations servies par la présente délibération comprennent :

- la maladie ;
- la maternité ;
- la longue maladie.

Art. 2 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022*

Sont ressortissants, au titre de la présente délibération, les personnes remplissant les conditions d'admission au régime de solidarité de la Polynésie française prévues par la délibération n° 95-261 AT du 20 décembre 1995 abrogeant et modifiant la délibération n° 94-21 AT du 10 mars 1994 modifiée, relative aux conditions d'admission au régime de solidarité de la Polynésie française.

Art. 3

Le droit aux prestations est supprimé à la date à laquelle le ressortissant acquiert des droits au titre d'un autre régime, soit à titre d'ouvrant droit, soit à titre d'ayant droit.

TITRE II - PRINCIPES GÉNÉRAUX

Art. 4

La présente délibération n'ouvre droit qu'à des prestations en nature à l'exclusion de toute prestation en espèces.

Art. 5 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022*

Le régime de solidarité de la Polynésie française est un régime d'aide sociale non contributif. A ce titre, dans le domaine de la couverture du risque maladie, il permet d'instituer une aide médicale au bénéfice des populations défavorisées ressortissantes de ce régime.

Dans ce cadre :

- les ressortissants bénéficient de prestations prises en charge intégralement en tiers payant par le régime dans les structures sanitaires publiques dans le cadre de conventions passées entre ces dernières et l'organisme de gestion pour le compte du régime de solidarité de la Polynésie française ;
- les ressortissants bénéficient de prestations prises en charge partiellement ou intégralement en tiers payant par le régime dans des structures sanitaires privées ou auprès de praticiens privés dans le cadre de conventions spécifiques passées entre ces derniers et l'organisme de gestion pour le compte du régime de solidarité de la Polynésie française.

Art. 6 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022*

Les ressortissants peuvent librement choisir d'être soignés dans des structures sanitaires privées ou auprès de praticiens du secteur privé.

Dans ce cas, le régime de solidarité de la Polynésie française intervient sous forme de prise en charge partielle, sans tiers payant des dépenses engagées, sauf dispositions différentes prises dans le cadre du dernier alinéa de l'article 5 dans le cadre de conventions liant les prestataires à l'organisme de gestion pour le compte du régime de solidarité de la Polynésie française.

Art. 7 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022*

Les procédures et modalités de facturation des prestations offertes font l'objet de conventions entre les prestataires publics et privés d'une part, et la C.P.S. pour le compte du régime de solidarité de la Polynésie française, d'autre part.

Ces conventions sont approuvées par arrêté pris en conseil des ministres.

Elles précisent les enveloppes globales ou les tarifs conventionnels applicables pour le règlement des prestations offertes tant dans le secteur public que dans le secteur privé ainsi que les obligations que les prestataires

conventionnés s'engagent à respecter.

En l'absence de tarifs conventionnels, les tarifs de responsabilité ou les tarifs d'autorité fixés par arrêté en conseil des ministres sont applicables.

TITRE III - CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

SECTION 1 - HOSPITALISATION

Art. 8

Conformément au cadre prévu à l'article 5 de la présente délibération, l'hospitalisation est prise en charge à 100 % en tiers payant dans les structures sanitaires publiques et privées du territoire suivant des conditions définies par conventions.

A titre transitoire, jusqu'au 30 juin 1995, et à défaut de convention avec chaque établissement hospitalier privé du territoire, l'hospitalisation dans ces établissements est prise en charge à 100 % du tarif d'autorité après accord du directeur de la santé.

SECTION 2 - SOINS EXTERNES

Art. 9 *Rédaction issue de Arrêté n° 2558 CM du 30 décembre 2010*

Les actes professionnels exécutés par les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux agréés, sont cotés conformément à une codification arrêtée par le conseil des ministres et remboursés suivant leur valeur fixée par convention entre les praticiens et l'organisme de gestion (tarif conventionnel) ou éventuellement par arrêté du conseil des ministres (tarif d'autorité).

9-1 Conformément au cadre prévu à l'article 5 de la présente délibération :

Dans les formations sanitaires publiques territoriales, les soins externes sont pris en charge intégralement en tiers payant suivant les conditions définies par conventions.

9-2 Conformément au cadre prévu à l'article 6 de la présente délibération :

Les soins externes auprès des praticiens privés sont remboursés à hauteur de 70 % du tarif conventionnel ou à défaut du tarif de responsabilité de l'organisme de gestion sauf application du cadre prévu à l'article 5 suivant les conditions définies par conventions.

9-3 Conformément au cadre prévu à l'article 5 de la présente délibération :

Dans les formations sanitaires privées et auprès des praticiens du secteur privé, les soins externes sont pris en charge partiellement ou intégralement en tiers payant suivant les conditions définies par conventions spécifiques.

Les circoncisions rituelles font l'objet d'une prise en charge ou d'un remboursement sur la base d'un tarif forfaitaire égal à K10.

SECTION 3 - HÉBERGEMENT ET TRANSPORT TERRESTRE LORS D'ÉVACUATIONS SANITAIRES INTER-ÎLES.

Rédaction issue de Loi du Pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011

Art. LP. 10 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011*

Sont pris en charge les frais d'hébergement et de transport terrestre des bénéficiaires d'une évacuation sanitaire inter-îles sur indication médicale à visée thérapeutique ou de diagnostic, qui se trouvent dans l'obligation de séjourner en milieu extra-hospitalier et ceux de leur accompagnateur non médical agréé par l'organisme de gestion. Cette disposition s'applique également aux résidents de la presqu'île dont la pathologie nécessite des soins réguliers et répétitifs dans un établissement de soins de Papeete ou de Pirae.

Cette prise en charge s'effectue sur entente préalable de l'organisme de gestion, sous forme de tiers payant, dans la limite des tarifs homologués par l'organisme de gestion et sans participation de l'assuré ou du bénéficiaire.

Art. LP. 10.1 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011*

La durée de l'hébergement pris en charge ne peut excéder trois (3) jours.

Toutefois, la prise en charge d'un hébergement au-delà de 3 jours peut être accordée pour des raisons médicales justifiées ou pour des raisons de force majeure indépendantes du bénéficiaire, après avis du médecin-conseil, par le directeur de l'organisme de gestion.

Art. LP. 10.2 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011*

Les frais de transport terrestre des bénéficiaires et de leur accompagnateur non médical agréé sont ceux qui sont rendus strictement nécessaires dans le cadre du traitement ou des soins.

SECTION 4 - CONTRACEPTION - INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE - FÉCONDATION IN VITRO

Rédaction issue de Délibération n° 2002-56 APF du 28 mars 2002

Art. 11 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2021-35 du 9 août 2021*

Les vaccins obligatoires dans le territoire et les frais de vaccination sont pris en charge à 100 % en tiers payant selon les modalités prévues dans les conventions liant les prestataires publics et privés et l'organisme de gestion.

Les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec les méthodes de contraception et contraception d'urgence médicalement reconnues sont pris en charge en tiers payant, à 100 % du tarif de responsabilité de l'assurance maladie.

La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse est effectuée en tiers payant à 100 % du tarif forfaitaire fixé par arrêté pris en conseil des ministres.

Sont pris en charge en tiers payant, à 70% du tarif de responsabilité de l'assurance maladie, les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec la fécondation in vitro pratiqués dans un centre agréé par l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale et après entente préalable, dans la limite de cinq tentatives.

SECTION 5 - EXAMENS BIOLOGIQUES ET IMAGERIE MÉDICALE

Art. 12 *Rédaction issue de Arrêté n° 2558 CM du 30 décembre 2010*

Conformément au cadre prévu à l'article 5 de la présente délibération, les examens biologiques et d'imagerie médicale sont pris en charge totalement en tiers payant dans les formations sanitaires publiques du territoire suivant les conditions définies par conventions.

12-2 Conformément au cadre prévu à l'article 5 de la présente délibération, les examens biologiques et d'imagerie médicale pratiqués en dehors d'une hospitalisation sont pris en charge à 70 % sans tiers payant dans les formations sanitaires privées et auprès des praticiens du secteur privé du territoire sauf application du cadre prévu à l'article 5 suivant les conditions définies par conventions.

12-3 Conformément au cadre prévu à l'article 5 de la présente délibération, les examens biologiques et d'imagerie médicale pratiqués en dehors d'une hospitalisation sont pris en charge partiellement ou intégralement en tiers payant dans les formations sanitaires privées et auprès des praticiens du secteur privé suivant les conditions définies par conventions.

SECTION 6 - FRAIS D'APPAREILLAGE

Art. 13 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013*

Pour les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, les prothèses dentaires sont prises en charge sur la base des tarifs homologués par l'organisme de gestion ; dans tous les autres cas, elles restent entièrement à la charge des bénéficiaires.

SECTION 7 - FRAIS DE LUNETTERIE

Art. 14 (nouveau) *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013*

Article abrogé

SECTION 8 - FRAIS DE TRANSPORT

Art. 15

Les frais de transport du ressortissant, de sa résidence habituelle à la formation sanitaire ou à l'établissement hospitalier concerné, sont à sa charge, sous réserve des dispositions des articles 16 et 17.

Art. 16 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022*

La prise en charge par le régime de solidarité de la Polynésie française des frais de transport aller-retour effectués à l'intérieur du territoire de la Polynésie française est assurée en cas d'urgence médicalement justifiée. L'autorité ayant décidé du transport fournit à l'organisme de gestion les documents administratifs et médicaux qu'elle a réunis

Les déplacements interinsulaires non urgents nécessaires pour raison médicale sont pris en charge par le régime de solidarité de la Polynésie française après accord préalable de l'organisme de gestion.

Art. 17 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022*

La prise en charge des frais de transport aller-retour, effectués à l'extérieur du territoire de la Polynésie française, est strictement subordonnée à une décision du médecin-conseil prise dans les conditions prévues par la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 relative aux évacuations sanitaires hors du territoire.

Art. 18 *Rédaction issue de Délibération n° 99-36 APF du 4 mars 1999*

La prise en charge des frais de transport aller-retour visés aux articles 16 et 17 concerne le ressortissant et, après accord de l'organisme de gestion, le convoyeur médical et l'accompagnateur du ressortissant âgé de moins de 16 ans. Des dérogations peuvent être accordées par l'organisme de gestion.

Art. 19 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022*

En cas de décès d'un bénéficiaire du risque maladie, l'organisme de gestion supporte les frais funéraires dans la limite d'un montant fixé par le conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale. Une délibération du conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale définit également la liste des frais funéraires.

L'organisme de gestion supporte en outre les frais de rapatriement effectué sur le territoire, par le moyen le plus économique, du lieu du décès au lieu de résidence sur la base des tarifs homologués par la C.P.S. Dans les cas des évacuations sanitaires, la prise en charge peut être effectuée par tiers payant.

En cas de décès d'un ouvrant droit à l'extérieur du territoire de la Polynésie française, l'organisme de gestion supporte les frais de rapatriement des restes mortels, par le moyen le plus économique.

Dans le cas des bénéficiaires du risque maladie qui, à la suite d'une évacuation sanitaire, viendraient à décéder hors du territoire, l'organisme de gestion prend en charge par tiers payant tous les frais liés au rapatriement du corps sur la base des coûts engagés et dans la limite des tarifs aériens, sans préjudice des frais de rapatriement effectué sur le territoire, par le moyen le plus économique, jusqu'au lieu de résidence de la personne décédée.

SECTION 9 - SOINS À L'EXTÉRIEUR DU TERRITOIRE - EVACUATIONS SANITAIRES

Art. 20 *Rédaction issue de Délibération n° 97-11 APF du 4 février 1997*

Lorsque des soins sont dispensés hors du territoire aux ressortissants du régime et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes instituées par la présente délibération sont servies aux conditions définies aux articles 21, 22 et 23.

Art. 21 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022*

Il est procédé de plein droit à la prise en charge des soins dispensés hors du territoire, pendant la durée de l'évacuation sanitaire décidée par le médecin-conseil dans les conditions prévues par la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 relative aux évacuations sanitaires hors du territoire.

Art. 22 *Rédaction issue de Délibération n° 97-11 APF du 4 février 1997*

Hors les cas visés à l'article 21, les soins dispensés hors du territoire sont remboursés dans le cadre de l'article 23. La prise en charge s'effectuera par tiers payant lorsque les soins sont dispensés en métropole ou dans un département et territoire d'outre-mer, sur accord préalable ou exceptionnellement a posteriori de l'organisme de gestion.

Dans tous les cas visés au présent article, les frais de transport resteront à la charge de l'assuré.

Art. 23 *Rédaction issue de Délibération n° 97-11 APF du 4 février 1997*

En cas de soins administrés hors du territoire, les soins sont pris en charge :

a - sur la base des tarifs homologués par la Sécurité sociale, si ces soins sont administrés en métropole ou dans un département d'outre-mer : les factures devront être visées par la caisse primaire la plus proche du lieu des soins ;

b - au maximum sur la base des tarifs engagés :

- dans la limite des tarifs couramment pratiqués dans la région, lorsque les soins sont dispensés à l'étranger

dans le cadre des dispositions de l'article 21 ;

- dans la limite des tarifs réglementaires en vigueur sur le territoire lorsque les soins sont dispensés à l'étranger dans le cadre de l'article 22.

SECTION 10 - ACTES NON PRIS EN CHARGE

Art. 24

Sont exclus de la prise en charge :

- les soins esthétiques, sauf pour les bénéficiaires dont la profession est en rapport direct avec le public et après accord du médecin-conseil ;
- les actes d'échographie exécutés par des praticiens non spécialisés dans ce domaine et par des praticiens ne justifiant pas de stages validés d'au moins un an.

PROCÉDURES SPÉCIFIQUES

SECTION 1 - PROCÉDURE LONGUE MALADIE

Art. LP 25 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2017-45 du 28 décembre 2017*

Les dispositions relatives à la prise en charge de la longue maladie sont celles prévues par la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés.

Art. LP. 26 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2017-45 du 28 décembre 2017*

Article abrogé

Art. 27

Les prestations prévues aux alinéas précédents sont attribuées pour une durée fixée par le directeur de l'organisme de gestion, après avis du praticien-conseil.

SECTION 2 - MATERNITÉ

Art. 28

Toutes les prestations en rapport direct avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, sont prises en charge intégralement à concurrence du tarif de responsabilité du régime, depuis la première constatation de la grossesse jusqu'à la fin de la 10e semaine suivant la date d'accouchement.

Par dérogation aux dispositions de l'article 10, alinéa 3, toutes les spécialités pharmaceutiques remboursées par la Sécurité sociale suivant le S.E.M.P.E.X. ou le T.I.P.S., ou inscrites sur une liste fixée par arrêté en conseil des ministres sont prises en charge à 100% pour la maternité, au tarif réglementaire.

La prise en charge s'effectue sous forme de tiers payant dans les conditions définies par conventions tant dans les formations sanitaires publiques qu'avec les structures sanitaires, les pharmaciens et les praticiens privés.

SECTION 3 - HANDICAP

Art. 29 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022*

La prise en charge des frais de traitement concernant les personnes handicapées, soignées par les prestataires ou dans les établissements agréés dans le territoire se réalise par le paiement d'un forfait journalier comprenant la totalité des frais liés aux actes médicaux et paramédicaux, effectués au bénéfice des ressortissants du régime de solidarité de la Polynésie française. Les tarifs de prix de journée et les modalités de paiement font l'objet de conventions entre le territoire, l'organisme de gestion et chaque établissement concerné.

Ces conventions sont homologuées par arrêté pris en conseil des ministres.

SECTION 4 - CAS PARTICULIER D'ENTENTE PRÉALABLE

Art. 30

Les actes précisés à l'article 7 des dispositions générales de nomenclature UCANSS, sauf l'alinéa c en particulier, et en général toute prescription non prévue par les textes légaux ou réglementaires applicables en Polynésie française, sont soumis à entente préalable délivrée par l'organisme de gestion.

Dès réception de la demande de prise en charge, le bénéficiaire est examiné, le cas échéant, par le praticien-

conseil de l'organisme de gestion, en vue de réaliser cette entente préalable.

TITRE IV - OBLIGATIONS - CONTRÔLES

SECTION 1 - OBLIGATION DES BÉNÉFICIAIRES

Art. 31

L'attribution des diverses prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire du régime :

- 1) de se conformer aux traitements, ordonnances et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant ;
- 2) de consulter au cabinet professionnel sauf lorsque son état de santé ne lui permet pas de se déplacer ;
- 3) de se soumettre aux visites médicales demandées par l'organisme de gestion.

Art. 32

Afin de permettre les recours éventuels de l'organisme de gestion, en cas d'accidents laissant entrevoir la responsabilité d'un tiers et sauf cas d'impossibilité absolue, l'identité de ce dernier ou tous éléments pour son identification, doivent être fournis nonobstant les différents rapports officiels qui pourraient exister au dossier.

SECTION 2 - OBLIGATION DES PRATICIENS

Art. 33

Les praticiens sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.

Ils doivent également respecter les formalités administratives, et notamment les délais de prise en charge, afin d'assurer le bon fonctionnement du régime et donner toutes facilités à l'exercice des contrôles.

SECTION 3 - CONTRÔLES

Art. 34

Contrôle administratif

L'organisme de gestion confie à ses agents, ou à ceux du service des affaires sociales, le soin de procéder à toutes les vérifications ou enquêtes administratives.

Art. 35

Contrôle médical

L'organisme de gestion doit également organiser un contrôle médical qui, assuré par un praticien qu'elle rétribue, porte notamment sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé du ressortissant, sur la constatation des abus éventuels en matière de soins et d'application de la tarification des honoraires, sur la prévention de l'invalidité et la possibilité de réadaptation fonctionnelle.

Le contrôle médical est également chargé du contrôle de la durée d'hospitalisation.

Il est interdit à tous les médecins de l'organisme de gestion de pratiquer en clientèle privée.

SECTION 4 - AGRÉMENT ET SANCTIONS

Art. 36 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022*

Les dispositions de la délibération n° 91-43 AT du 14 février 1991 relative à l'agrément des praticiens inscrits au conseil de l'Ordre des médecins et les dispositions de l'article LP. 38 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée, instituant un régime d'assurance maladie-invalidité au profit des travailleurs salariés, sont applicables au régime de solidarité de la Polynésie française.

SECTION 5 - EXPERTISE

Art. 37 *Rédaction issue de Arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017*

Dans tous les cas où il y a désaccord sur l'état du ressortissant entre le praticien-conseil de l'organisme de gestion et le médecin traitant, il est procédé à un nouvel examen par un médecin expert agréé choisi conjointement par le praticien-conseil et le médecin traitant sur une liste dressée par le tribunal de première instance de Papeete.

L'expert ne peut être ni un praticien de l'organisme de gestion, ni le praticien traitant.

Faute d'accord du praticien traitant et du praticien-conseil sur le choix du médecin expert, ce dernier est choisi par une commission comprenant le directeur de l'organisme de gestion, le directeur de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale et le président du conseil de l'Ordre des médecins.

L'expert convoque sans délai le malade ou se rend à son chevet ; il est tenu de remettre son rapport à l'organisme de gestion et au médecin traitant, dans un délai maximum de 15 jours à compter de la date à laquelle il a été saisi du dossier, faute de quoi il est pourvu à son remplacement, sauf en cas de circonstances spéciales justifiant une prolongation de délai. L'avis de l'expert n'est pas susceptible de recours.

TITRE V - RECOURS - PRESCRIPTION - PÉNALITÉS

SECTION 1 - RECOURS DE L'ORGANISME DE GESTION

Art. 38

Lorsque l'accident ou la blessure dont le bénéficiaire est victime est imputable à un tiers, l'organisme de gestion est subrogé de plein droit à l'intéressé ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses que lui occasionne l'accident ou la blessure.

L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer en tout état de la procédure, la qualité de bénéficiaire de la victime de l'accident. La victime ou ses ayants droit doivent appeler l'organisme de gestion en déclaration de jugement commun ou réciproquement.

A défaut de l'indication de la qualité du bénéficiaire ou de l'appel en déclaration de jugement commun, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande de l'organisme de gestion.

Le bénéficiaire ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable tous droits de recours en réparation du préjudice causé, sauf en ce qui concerne les dépenses de l'organisme de gestion.

Le règlement amiable, pouvant intervenir entre le tiers et le bénéficiaire, ne peut être opposé à l'organisme de gestion qu'autant que celui-ci a été invité à y participer par lettre recommandée, et ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre.

Lorsque le tiers responsable ou sa compagnie d'assurance a versé l'indemnité à sa charge et lorsque les droits ont été ouverts, le bénéficiaire est considéré comme ayant bénéficié des prestations, même si l'organisme de gestion ne les a pas versées effectivement.

SECTION 2 - PRESCRIPTION

Art. 39

L'action du bénéficiaire pour le paiement des prestations prévues au présent régime se prescrit par année, à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations.

SECTION 3 - PÉNALITÉS

Art. 40

Sera puni d'une amende de 361 à 1.000 francs métropolitains (6.563 FCP à 18.181 FCP), quiconque se rend coupable de fausse déclaration pour obtenir ou tenter de faire obtenir les prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois.

Art. 41

Sera puni d'une amende de 361 à 1.000 francs métropolitains (6.563 FCP à 18.181 FCP), tout intermédiaire convaincu d'avoir offert ou fait offrir ses services moyennant émoluments convenus à l'avance à un assuré en vue de lui faire obtenir des prestations qui peuvent lui être dues.

Art. 42

Sera puni d'une amende de 1.001 à 2.000 francs métropolitains (18.200 à 36.363 FCP), quiconque, soit par menace ou abus d'autorité, soit par offre, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques faits à des assurés ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les assurés, notamment dans une clinique ou cabinet médical ou officine de pharmacie.

Art. 43

En cas de fausses déclarations intentionnelles ou s'ils sont coupables de collusion avec les assurés, les médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens et auxiliaires médicaux sont passibles d'une amende de 2.000 à 3.000 francs métropolitains (36.363 à 54.545 FCP).

Art. 44 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022*

La présente délibération abroge et remplace la délibération n° 95-108 du 3 août 1995 portant abrogation et modification des délibérations n° 94-129 du 1er décembre 1994 et n° 95-40 du 9 février 1995, instituant et modifiant les conditions de couverture du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité de la Polynésie française.

Art. 45

Le Président du gouvernement est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au Journal officiel de la Polynésie française.

La secrétaire,
Hilda CHALMONT.

Le président,
Tinomana EBB.

Voir toutes les modifications dans le temps :

- [Délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995](#), JOPF n° 52 N du 28/12/1995 à la page 2652
- [Délibération n° 97-11 APF du 4 février 1997](#), JOPF n° 8 N du 20/02/1997 à la page 346
- [Délibération n° 97-218 APF du 27 novembre 1997](#), JOPF n° 50 N du 11/12/1997 à la page 2548
- [Délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998](#), JOPF n° 44 N du 29/10/1998 à la page 2256
Délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998 : Art. 9.— Dispositions finales Seront modifiées en conséquence de l'ensemble des dispositions de la présente délibération : [...] - la délibération n° 95-252 AT du 20 décembre 1995 (1) instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territoriale. (1) : Au lieu de la délibération n° 95-252 AT, lire la délibération n° 95-262 AT.
- [Délibération n° 99-37 APF du 4 mars 1999](#), JOPF n° 11 N du 18/03/1999 à la page 562
- [Délibération n° 99-36 APF du 4 mars 1999](#), JOPF n° 11 N du 18/03/1999 à la page 561
- [Délibération n° 99-63 APF du 22 avril 1999](#), JOPF n° 17 N du 29/04/1999 à la page 916
- [Délibération n° 2002-56 APF du 28 mars 2002](#), JOPF n° 15 N du 11/04/2002 à la page 850
- [Délibération n° 2003-125 APF du 28 août 2003](#), JOPF n° 36 N du 04/09/2003 à la page 2262
Délibération n° 2003-125 APF du 28 août 2003 : Art. 6.— Dispositions transitoires A titre transitoire, dans l'attente d'une codification déterminée localement, la nomenclature générale des actes professionnels (N.G.A.P.) en vigueur en métropole à la date de publication de la présente délibération, s'applique en Polynésie française et les actes sont remboursés suivant la valeur des lettres-clés fixée par convention entre les praticiens et la Caisse de prévoyance sociale (tarif conventionnel) ou par arrêté pris en conseil des ministres (tarif d'autorité). L'application, en Polynésie française, des modifications ultérieures de la nomenclature métropolitaine est décidée par le conseil des ministres, après avis de la Caisse de prévoyance sociale et des régimes territoriaux de protection sociale et de la direction de la santé, qui fixe leur date d'entrée en vigueur et les éventuelles adaptations à apporter.
- [Délibération n° 2003-164 APF du 9 octobre 2003](#), JOPF n° 43 N du 23/10/2003 à la page 2875
- [Arrêté n° 2558 CM du 30 décembre 2010](#), JOPF n° 50 NS du 31/12/2010 à la page 929
Arrêté n° 2558 CM du 30 décembre 2010 : Art. 8.— Restent remboursés ou pris en charge au taux de 80 % : - les soins et actes isolés dispensés par les médecins et auxiliaires médicaux antérieurement au 1er janvier 2011 ; - les soins dentaires achevés avant le 1er janvier 2011 ; - les frais pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires dont la date de prescription est antérieure au 1er janvier 2011 ; - pour les traitements ou actes en séries en cours, les seuls actes dispensés avant le 1er janvier 2011.
- [Loi du Pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011](#), JOPF n° 39 NS du 11/07/2011 à la page 1444
- [Loi du Pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011](#), JOPF n° 39 NS du 11/07/2011 à la page 1444
- [Loi du Pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013](#), JOPF n° 1 NS du 14/01/2013 à la page 3
- [Arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017](#), JOPF n° 61 N du 01/08/2017 à la page 9974
- [Arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017](#), JOPF n° 84 N du 20/10/2017 à la page 15277
Arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017 : Art. 16.— Le présent arrêté abroge l'arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 modifié portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS).
- [Loi du Pays n° 2017-45 du 28 décembre 2017](#), JOPF n° 88 NS du 28/12/2017 à la page 8570
- [Loi du pays n° 2021-35 du 9 août 2021](#), JOPF n° 74 NS du 09/08/2021 à la page 5145
- [Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022](#), JOPF n° 51 NS du 23/05/2022 à la page 3872