

Délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non-salariées

Paru in extenso au journal officiel n°2 N du 12/01/1995 à la page 59

Version en vigueur au 01/02/2026

- ▶ Titre Ier - Champ d'application (Article 1er à Art. 6-2)
 - ▶ Chapitre Ier - Assujettissement (Article 1er à Art. 3)
 - ▶ Chapitre II - Droits aux prestations (Art. 4 à Art. 6-2)
- ▶ Titre II - Prestations (Art. 7 à Art. 27)
 - ▶ Chapitre Ier - Dispositions communes (Art. 7)
 - ▶ Chapitre II - Des prestations en nature (Art. 7-1 à Art. 21)
 - ▶ Chapitre III - Des prestations en espèces (Art. 21-1 à Art. 21-5)
 - ▶ Chapitre IV - Conditions particulières (Art. 22 à Art. 24)
 - ▶ Chapitre V - Prise en charge - entente préalable - Notification (Art. 26 à Art. 27)
- ▶ Titre III - Dispositions générales (Art. 28 à Art. 35)
 - ▶ Section 1 - Libre choix des médecins et soins (Art. 28)
 - ▶ Section 2 - Obligations des bénéficiaires (Art. 29)
 - ▶ Section 3 - Obligations des professionnels de santé prescripteurs (Art. 30 à Art. LP. 30-1)
 - ▶ Section 4 - Contrôle (Art. 31)
 - ▶ Section 5 - Agrément, sanctions et expertise médicale (Art. 32)
 - ▶ Section 6 - Recours et pénalités (Art. 33)
 - ▶ Section 7 - Dispositions transitoires (Art. 34 à Art. 35)

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 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° 94-19 AT du 10 mars 1994 portant institution du conseil d'administration du régime des non-salariés ;

Vu l'arrêté n° 19-94 AT du 22 décembre 1994 portant ouverture de la session extraordinaire de l'assemblée territoriale ;

Vu l'arrêté n° 1328 CM du 22 décembre 1994 soumettant trois projets de délibération à l'assemblée territoriale de la Polynésie française ;

Vu la lettre n° 728 AT du 22 décembre 1994 du président de l'assemblée territoriale ;

Vu le rapport n° 197-94 du 27 décembre 1994 de la commission des affaires sociales ;

Dans sa séance du 29 décembre 1994,

Adopte :

TITRE IER - CHAMP D'APPLICATION

CHAPITRE IER - ASSUJETTISSEMENT

Article 1er *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

Il est institué au profit des personnes non-salariées un régime de prévoyance qui, dans les conditions définies par la présente délibération, comprend :

- l'assurance maladie (prestations en nature et prestations en espèces) ;
- l'assurance longue maladie ;
- l'assurance maternité.

Art. LP. 2 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2026-1 du 8 janvier 2026*

Sont assurées obligatoirement les personnes affiliées au régime des non-salariés dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Art. 2-1 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2026-1 du 8 janvier 2026*

Article abrogé

Art. 3 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2016-16 du 11 mai 2016*

Sont ayants droit de l'assuré pour les avantages en nature, sans être astreints à cotisation, sous réserve qu'ils ne soient pas couverts à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie-maternité :

a) le conjoint, la personne liée par un pacte civil de solidarité, ou vivant depuis au moins un an en situation de concubinage non adultérin avec l'assuré.

Toutefois, la condition de durée de concubinage prévue à l'alinéa précédent n'est pas requise lorsque les concubins justifient de la filiation commune d'un enfant né ou à naître.

En cas de changement de situation affectant la vie de couple des bénéficiaires, ces derniers en informent l'organisme de gestion dans les conditions fixées par voie réglementaire.

b) Les enfants à charge de l'assuré ne relevant pas d'un autre régime. Sont considérés comme enfants à charge les enfants jusqu'à la majorité civile ou jusqu'à 21 ans s'ils poursuivent des études, lorsque leur logement, la nourriture, l'habillement et l'éducation sont assurés par les ressortissants du régime.

CHAPITRE II - DROITS AUX PRESTATIONS

Art. 4 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2026-1 du 8 janvier 2026*

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'affiliation. Toutefois, pour l'assuré qui, à la date de son affiliation, ne justifie pas d'une durée de résidence continue depuis au moins six mois en Polynésie française, il n'est ouvert qu'à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de son affiliation, sauf dérogation de l'organisme de gestion.

Les conditions d'ouverture du droit aux prestations sont appréciées :

- à la date des soins (prestations en nature) ;
- à la date de l'arrêt de travail (prestations en espèces).

Lorsque le tribunal arrête un plan de continuation en application de l'article 69 de la loi n° 85-98 du 25 janvier 1985 relative au redressement et à la liquidation judiciaire des entreprises, ou lorsque l'organisme de gestion du régime accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux prestations à compter du prononcé du jugement ou de la décision de l'organisme de gestion, dès lors qu'il s'acquitte régulièrement des cotisations dues selon l'échéancier prévu ainsi que des cotisations en cours.

L'assuré dont l'entreprise a fait l'objet d'un plan de cession ou d'une liquidation judiciaire, peut relever du régime des non-salariés sans qu'il lui soit opposé le non-paiement des cotisations antérieures au jugement de redressement judiciaire.

Art. 4-1 *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

L'action de l'assuré pour le paiement des prestations se prescrit après une année à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations.

Art. 5.- Droit aux prestations en nature *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

L'assuré doit, pour pouvoir bénéficier du règlement des prestations, être à jour de ses cotisations. Le défaut de versement des cotisations ne suspend le service des prestations qu'à l'expiration d'un délai de 90 jours à compter de la date d'échéance de la dernière cotisation payée. Cependant, en cas de délai plus tardif, il peut faire valoir des droits aux prestations mais le règlement ne peut intervenir que si la totalité des cotisations dues a été acquittée dans le délai de douze mois à compter de la date d'échéance de la dernière cotisation payée.

Art. 5-1 *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

Le droit aux prestations est supprimé lorsque l'assuré ne remplit plus les conditions d'assujettissement à l'expiration du délai de 90 jours à compter de la date d'échéance de la dernière cotisation payée. Il est en de même pour ses ayants droit. Toutefois, si pendant cette période, l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, à l'exception du régime de solidarité territorial, le droit aux prestations du présent régime est supprimé.

Ce droit est toutefois maintenu à l'assuré et à ses ayants droit jusqu'à la fin du traitement prescrit, dès l'instant qu'il remplit les conditions d'ouverture de ses droits à la date à laquelle a été effectué l'acte médical initial.

Art. 5-2 *Rédaction issue de Délibération n° 2003-202 APF du 18 décembre 2003*

Sans préjudice de l'application de l'article 5-1, le droit aux prestations en nature est présumé ouvert pour une période d'un an de date à date suivant immédiatement la période de référence lorsque l'assuré justifie de douze mois continus de cotisations payées au présent régime au cours de ladite période.

Art. 5-3 Rédaction issue de Délibération n° 2003-202 APF du 18 décembre 2003

Durant la période de droits présumés, le constat d'une cessation des conditions d'assujettissement au cours de cette période entraîne une réimputation des charges avancées par le présent régime au nouveau régime d'assurance de l'assuré ou, un remboursement par l'assuré.

En cas de rétablissement des conditions d'assujettissement au présent régime et pour l'ouverture présumée du droit aux prestations en nature, l'assuré devra justifier de sa demande d'affiliation au régime précédent.

Art. 6.- Droit aux prestations en espèces Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002

Pour avoir droit aux indemnités journalières, l'assuré doit être à jour de ses cotisations.

Art. 6-1 Rédaction issue de Loi du pays n° 2023-33 du 28 novembre 2023

Par ailleurs, l'attribution des diverses prestations est subordonnée à l'obligation pour l'assuré :

- d'apporter la preuve de la perte de revenus professionnels prévue à l'article 21-1 ;
- de s'abstenir de toute activité ou de toute sortie non autorisée par le médecin traitant. Les malades ne peuvent quitter leur domicile que si le médecin le prescrit dans un but thérapeutique ou en cas de nécessité, après avis du médecin-conseil ;
- d'informer l'organisme de gestion dans les quarante-huit heures qui suivent le point de départ de l'arrêt de travail, sauf en cas de maladie survenue hors du territoire, auquel cas le délai est porté à huit jours, notamment par l'intermédiaire du professionnel de santé prescripteur de l'arrêt de travail par application des dispositions de l'article LP. 30-1 de la présente délibération.

Art. 6-2 Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002

Ces obligations peuvent faire l'objet de vérifications par les agents de contrôle de l'organisme de gestion.

TITRE II - PRESTATIONS**CHAPITRE IER - DISPOSITIONS COMMUNES****Art. 7** Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002

Les assurances maladie, maternité et longue maladie offrent des prestations en nature aux bénéficiaires et des prestations en espèces aux seuls ouvriers.

Les dispositions communes à ces diverses assurances sont définies ci-après et complétées par des dispositions particulières à chaque assurance.

CHAPITRE II - DES PRESTATIONS EN NATURE

Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002

Art. 7-1 Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002

Les prestations en nature sont constituées par le remboursement total ou partiel :

- des frais engagés par le bénéficiaire chez un praticien, un auxiliaire médical, un pharmacien, un fournisseur d'appareillage ;
- des frais de laboratoire, d'hospitalisation, de traitement et de transport.

Les prestations en nature comprennent également les soins et la surveillance, par des personnes qualifiées et conventionnées, des personnes atteintes d'une incapacité de travail et qui sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, sur décision de la caisse, après avis du médecin-conseil.

La prise en charge des frais de traitement concernant les personnes handicapées, soignées dans les établissements agréés du 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 présent régime, les tarifs de prix de journée et les modalités de paiement faisant l'objet de convention entre l'organisme de gestion et chaque établissement concerné.

Donnent lieu également à prise en charge, les articles figurant au tarif interministériel des prestations sanitaires (T.I.P.S.).

Art. 8 Rédaction issue de Loi du Pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013

Pour les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, les prothèses dentaires seront prises en charge à 100 % du tarif de responsabilité ; dans les autres cas, elles restent entièrement à la charge des assurés.

Art. 9.- Frais de lunetterie *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013*

Article abrogé

Art. 10 *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

Les soins dentaires courants, autres que ceux prodigués dans le cadre de la prévention et de l'action entreprise par le service d'hygiène dentaire, donnent lieu à remboursement.

L'orthopédie dento-faciale prévue au chapitre 6 -article 5- de la nomenclature des actes professionnels est prise en charge dans les mêmes conditions lorsque le traitement est commencé chez un enfant avant le douzième anniversaire.

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

Donnent lieu également à remboursement :

- les circoncisions rituelles sur la base d'un tarif forfaitaire égal à K10 ;
- en tiers payant à 100% du tarif de responsabilité de l'assurance maladie, les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec les méthodes de contraception et contraception d'urgence médicalement reconnues ;
- en tiers payant à 100 % du tarif forfaitaire fixé par arrêté pris en conseil des ministres, les interruptions volontaires de grossesse ;
- 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 pratiquée dans un centre agréé et après entente préalable, dans la limite de cinq tentatives.

Art. 12 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011*

Sont exclus :

- les soins esthétiques ;
- les actes d'échographie exécutés par des praticiens non spécialisés dans ce domaine et par des praticiens ne justifiant pas d'un stage valide d'au moins un an.

Art. 13 *Rédaction issue de Délibération n° 2003-125 APF du 28 août 2003*

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 la Caisse de prévoyance sociale (tarif conventionnel) ou éventuellement par arrêté (tarif d'autorité).

Art. LP. 14 *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. 14.1 *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. 14.2 *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.

Art. 15 *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

Lorsque les soins sont dispensés hors du territoire aux bénéficiaires, les prestations en nature des assurances instituées par la présente délibération sont servies.

La caisse pourra, pour l'exercice de son contrôle, demander le concours des organismes de sécurité sociale du pays ou territoire dans lequel les soins auront été dispensés, ou des autorités consulaires françaises.

Art. 16 *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

En fonction du taux de prise en charge du régime, il sera procédé au remboursement des soins hors du territoire dans la limite des tarifs homologués sur le territoire et sans que le remboursement puisse excéder le montant des frais réellement engagés.

Toutefois, il sera procédé, sous forme de tiers payant, à la prise en charge à 100 % du tarif homologué des soins dispensés hors du territoire pendant la durée de l'évacuation sanitaire décidée après avis de la commission des évacuations sanitaires.

Lorsque les soins sont dispensés en France métropolitaine, dans un département ou dans un territoire d'outremer, leur prise en charge peut être effectuée selon les modalités du tiers payant sur accord préalable ou, exceptionnellement, sur accord a posteriori de l'organisme de gestion.

Dans tous les cas, à l'exception de l'évacuation sanitaire, les frais de transport sont à la charge du bénéficiaire des soins.

Art. 17 *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

Les frais de transport de l'intéressé, de sa résidence habituelle à la formation sanitaire ou à l'établissement hospitalier concerné, sont à sa charge sous réserve des dérogations des articles 18, 19 et 20.

Art. 18 *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

La prise en charge par le régime assurance maladie 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 devra fournir à l'organisme de gestion les documents administratifs et médicaux qu'elle aura réunis.

Les déplacements interinsulaire non urgents, nécessaires pour raison médicale, sont pris en charge par le régime après accord préalable de l'organisme de gestion.

Art. LP. 19 *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. 20 *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

La prise en charge des frais de transport aller-retour concerne le bénéficiaire et, sur prescription du service de santé et accord de l'organisme de gestion, le convoyeur médical et l'accompagnateur non médical du malade âgé de moins de 16 ans. Des dérogations peuvent être accordées par l'organisme de gestion.

Art. 21 *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

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

La Caisse 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 d'évacuations sanitaires, la prise en charge peut être effectuée par tiers payant.

Dans le cas des bénéficiaires de l'assurance maladie qui, à la suite d'une évacuation sanitaire viendraient à

décéder hors du territoire, la Caisse 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.

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

CHAPITRE III - DES PRESTATIONS EN ESPÈCES

Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002

Art. 21-1 *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

Les prestations en espèces sont constituées par le paiement d'indemnités journalières destinées à compenser la perte de revenus professionnels à l'assuré qui a été contraint de cesser son activité pour raison médicale. L'interruption de l'activité professionnelle de l'assuré est dénommée "arrêt de travail".

Art. 21-2 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2026-1 du 8 janvier 2026*

Les indemnités journalières prévues par le présent régime sont versées à partir du septième jour d'arrêt qui suit le point de départ de l'incapacité de travail dans les conditions ci-après :

- pour les 2 premiers arrêts maladie dans l'année civile ;
- en cas d'arrêt pour les maladies issues de la liste des longues maladies telles que définies par l'article 24 de la présente délibération ;
- en cas d'hospitalisation de l'assuré.

A compter du troisième arrêt maladie, l'indemnisation est versée à partir du quinzième jour d'arrêt qui suit le point de départ de l'incapacité de travail.

La couverture sociale du risque ne peut assurer plus de dix-huit mois de prestations en espèces par personne pour une période de trois années consécutives.

Art. 21-3 *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

Le montant des indemnités journalières est fixé comme suit :

- 50 % du revenu professionnel soumis à cotisation, pour l'assurance maladie ;
- le gain journalier servant de base au calcul de cette indemnité journalière est égal au 30e du revenu professionnel soumis à cotisation.

Toutefois, lorsque les revenus professionnels sont inférieurs au plancher de l'assiette servant de base au calcul des cotisations, le montant des indemnités journalières s'élève à 50 % du revenu professionnel déclaré. Dans ce cas, le gain journalier servant de base au calcul de cette indemnité journalière est égal au 30e du revenu professionnel déclaré.

Art. 21-4 *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

Pendant les périodes d'arrêt de travail, la cotisation à la charge de l'assuré, prévue à l'article 5 de la présente délibération, reste due.

Art. 21-5 *Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002*

Les prestations instituées par la présente délibération sont incessibles et insaisissables, sauf pour le paiement des cotisations.

CHAPITRE IV - CONDITIONS PARTICULIÈRES

Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002

Art. 22 *Rédaction issue de Arrêté n° 2558 CM du 30 décembre 2010*

Le régime procède au remboursement des prestations en nature à 70 % de son tarif de responsabilité.

Le régime prend en charge les hospitalisations à 100 % dudit tarif.

Section 2 - Prestations assurance maternité

Art. 23

Les prestations dues à la femme en état de grossesse sont des prestations en nature.

Le bénéfice des prestations en nature est accordé à la femme qui justifie de son état de grossesse, par un certificat établi par un médecin ou une sage-femme, et de sa qualité de bénéficiaire.

Les actes en rapport direct avec la grossesse, l'accouchement et ses suites, sont remboursables à 100 % depuis la première constatation de la grossesse jusqu'à la fin de la période de dix semaines suivant l'accouchement, ou une période équivalente.

Section 3 - Prestations assurance longue maladie

Art. 24 *Rédaction issue de Loi du Pays n° 2017-45 du 28 décembre 2017*

L'assurance longue maladie garantit aux bénéficiaires l'attribution de prestations en nature.

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

Article abrogé

CHAPITRE V - PRISE EN CHARGE - ENTENTE PRÉALABLE - NOTIFICATION

Rédaction issue de Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002

Art. 26

Dans tous les services médicaux et hospitaliers relevant de la direction de la santé et du centre hospitalier territorial, comme dans tous les établissements de soins privés qui ont passé une convention avec l'organisme de gestion, les remboursements dûs par le régime pour ses bénéficiaires s'effectuent sous la forme du tiers-payant.

Il en sera de même pour tous les actes de spécialités onéreuses proposés par le conseil d'administration du régime des non-salariés et approuvés par le conseil des ministres, et sous réserve de convention passée entre l'organisme de gestion et les prestataires de soins privés.

Art. 27

Les actes précisés à l'article 7 des dispositions générales de la nomenclature de l'Union nationale des caisses de sécurité sociale (U.N.C.S.S.), excepté l'alinéa C, et les frais d'appareillage sont soumis à entente préalable.

Dès réception de la demande de prise en charge, l'assuré ou le bénéficiaire est examiné, le cas échéant, par le médecin-conseil de l'organisme de gestion en vue de réaliser cette entente préalable.

TITRE III - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1 - LIBRE CHOIX DES MÉDECINS ET SOINS

Art. 28

Le malade choisit librement son praticien sous réserve que celui-ci n'ait pas fait l'objet d'un retrait d'agrément. Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque le malade ne peut se déplacer.

SECTION 2 - OBLIGATIONS DES BÉNÉFICIAIRES

Art. 29

L'attribution des diverses prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire de se conformer aux traitements, ordonnances et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant, et de se soumettre aux visites médicales et contrôles administratifs effectués par l'organisme de gestion.

En cas d'inobservation de ces obligations, le directeur de l'organisme de gestion peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Ne donnent lieu à aucune prestation les maladies, les blessures ou l'invalidité résultant de la faute inexcusable ou intentionnelle de l'assuré.

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

SECTION 3 - OBLIGATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PRESCRIPTEURS

Rédaction issue de Loi du pays n° 2023-33 du 28 novembre 2023

Art. 30 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2023-33 du 28 novembre 2023*

Les professionnels de santé prescripteurs 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.

En cas d'inobservation de ces dispositions, ou d'abus constatés au cours de ces contrôles, l'avertissement ou le retrait d'agrément pourra être prononcé à leur encontre.

Art. LP. 30-1 *Rédaction issue de Loi du pays n° 2023-33 du 28 novembre 2023*

Les arrêts de travail sont prescrits de manière dématérialisée par l'intermédiaire d'un service mis à la disposition des professionnels de santé prescripteurs par la Caisse de prévoyance sociale.

Les professionnels de santé prescripteurs assurent la télétransmission des avis d'arrêts de travail aux bénéficiaires par l'intermédiaire d'un téléservice mis à disposition par la Caisse de prévoyance sociale.

Le contenu, le support, les conditions de télétransmission des données et avis d'arrêts de travail ainsi que les conditions de mise à disposition d'un récépissé numérique au profit des bénéficiaires sont définis par arrêté pris en conseil des ministres.

A titre exceptionnel, en cas de difficulté technique ou matérielle, les arrêts de travail peuvent être prescrits sous format papier, dans les conditions définies par arrêté pris en conseil des ministres.

SECTION 4 - CONTRÔLE**Art. 31**

La caisse doit organiser un contrôle médical qui, assuré par un médecin qu'elle rétribue, porte notamment sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité de travail, sur la constatation des abus éventuels en matière de soins et d'application de la tarification des honoraires.

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

SECTION 5 - AGRÉMENT, SANCTIONS ET EXPERTISE MÉDICALE**Art. 32**

Les dispositions relatives à l'agrément, aux sanctions et à l'expertise médicale prévues aux sections 5, 6 et 7 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974, modifiée, instituant un régime d'assurance maladie au profit des travailleurs salariés sont applicables au présent régime.

SECTION 6 - RECOURS ET PÉNALITÉS**Art. 33**

Les dispositions relatives aux recours de l'organisme de gestion et aux pénalités prévues t'in titre IV, sections 1 et 3 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974, modifiée, sont applicables au présent régime.

SECTION 7 - DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Rédaction issue de Délibération n° 99-215 APF du 2 décembre 1999

Art. 34 *Rédaction issue de Délibération n° 99-215 APF du 2 décembre 1999*

Dans l'attente d'une réglementation portant coordination de l'ensemble des régimes calédoniens et polynésiens de sécurité sociale, les pensionnés dont les conditions de ressources et de résidence les rendent admissibles au régime des non-salariés qui sont titulaires d'une pension de vieillesse, de réversion ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail d'un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 % servie par la C.A.F.A.T., sont affiliés à la Caisse de prévoyance sociale au régime des non-salariés pour la couverture de leurs dépenses médicales non prises en charge par la C.A.F.A.T., dans les conditions définies par la présente délibération.

Ces dispositions sont applicables aux ayants droit dont la qualité est déterminée par la réglementation de la C.A.F.A.T.

Art. 35 *Rédaction issue de Délibération n° 99-215 APF du 2 décembre 1999*

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

Un secrétaire, Le président,
Hilda CHALMONT. Jean JUVENTIN.

Voir toutes les modifications dans le temps :

- [Délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994](#), JOPF n° 2 N du 12/01/1995 à la page 59
- [Délibération n° 96-109 APF du 12 septembre 1996](#), JOPF n° 39 N du 26/09/1996 à la page 1672
- [Délibération n° 96-129 APF du 24 octobre 1996](#), JOPF n° 45 N du 07/11/1996 à la page 1943
- [Délibération n° 97-51 APF du 20 mars 1997](#), JOPF n° 15 N du 10/04/1997 à la page 686
- [Délibération n° 97-219 APF du 27 novembre 1997](#), JOPF n° 50 N du 11/12/1997 à la page 2548
- [Délibération n° 98-163 APF du 15 octobre 1998](#), JOPF n° 44 N du 29/10/1998 à la page 2258
Délibération n° 98-163 APF du 15 octobre 1998 : Art. 7.— Dispositions finales Seront modifiées en conséquence de l'ensemble des dispositions de la présente délibération : - [...] - la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées ; - [...]
- [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° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées ; - [...]
- [Délibération n° 99-158 APF du 9 septembre 1999](#), JOPF n° 37 N du 16/09/1999 à la page 2040
- [Délibération n° 99-159 APF du 9 septembre 1999](#), JOPF n° 37 N du 16/09/1999 à la page 2041
- [Délibération n° 99-156 APF du 9 septembre 1999](#), JOPF n° 37 N du 16/09/1999 à la page 2039
- [Délibération n° 99-157 APF du 9 septembre 1999](#), JOPF n° 37 N du 16/09/1999 à la page 2040
- [Délibération n° 99-216 APF du 2 décembre 1999](#), JOPF n° 50 N du 16/12/1999 à la page 2810
- [Délibération n° 99-215 APF du 2 décembre 1999](#), JOPF n° 50 N du 16/12/1999 à la page 2809
- [Délibération n° 2000-109 APF du 28 septembre 2000](#), JOPF n° 41 N du 12/10/2000 à la page 2424
- [Délibération n° 2002-56 APF du 28 mars 2002](#), JOPF n° 15 N du 11/04/2002 à la page 850
- [Délibération n° 2002-70 APF du 13 juin 2002](#), JOPF n° 25 N du 20/06/2002 à la page 1458
Délibération n° 2002-70 APF du 13 juin 2002 : Art. 8.— Dispositions transitoires A titre transitoire, les personnes éligibles au régime des non-salariés peuvent demander leur admission dans les conditions définies par le présent article. Par dérogation à l'article 3 de la délibération n° 94-171 AT du 29 décembre 1994 modifiée susvisée, l'affiliation prend effet à compter du jour de la réception de la demande d'affiliation par l'organisme de gestion. Les dispositions transitoires prévues par le présent article sont applicables pendant une période de six mois à compter de la date de publication de la présente délibération.
- [Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002](#), JOPF n° 32 N du 08/08/2002 à la page 1924
- [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
- [Délibération n° 2003-202 APF du 18 décembre 2003](#), JOPF n° 1 N du 01/01/2004 à la page 19
- [Arrêté n° 2558 CM du 30 décembre 2010](#), JOPF n° 50 NS du 31/12/2010 à la page 929
- [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° 2106 CM du 23 décembre 2015](#), JOPF n° 104 NC du 29/12/2015 à la page 14292
- [Loi du Pays n° 2016-16 du 11 mai 2016](#), JOPF n° 25 NS du 11/05/2016 à la page 1965
- [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
- [Loi du pays n° 2023-33 du 28 novembre 2023](#), JOPF n° 78 NS du 28/11/2023 à la page 7326
A titre transitoire et pendant une durée d'un an à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi du pays, les professionnels de santé prescripteurs peuvent prescrire des arrêts de travail sous format papier selon le formulaire type mis à disposition par la Caisse de prévoyance sociale. Au-delà de ce délai, la prescription des arrêts de travail sous format papier n'est possible qu'en cas de difficulté technique ou matérielle, dans les conditions définies par arrêté pris en conseil des ministres.
- [Loi du pays n° 2026-1 du 8 janvier 2026](#), JOPF n° 7 N du 08/01/2026 à la page 2