

Document mis  
en distribution  
Le 29 AVR. 2011



N° 27-2011

---

ASSEMBLÉE  
DE LA  
POLYNÉSIE FRANÇAISE

---

*Enregistré au secrétariat général de l'assemblée le 29 avril 2011*

RAPPORT

**SUR LE PROJET DE LOI DU PAYS PORTANT DIVERSES DISPOSITIONS D'ORDRE SOCIAL,**

*présenté par Monsieur Georges HANDERSON,*

*Représentant à l'assemblée de la Polynésie française,  
Rapporteur du projet de loi du pays.*

---

Monsieur le Président,  
Mesdames, Messieurs les représentants,

Par lettre n° 364/PR du 21 janvier 2011, le Président de la Polynésie française a transmis aux fins d'examen par l'assemblée de la Polynésie française, un projet de loi du pays portant diverses dispositions d'ordre social.

La protection sociale généralisée (PSG), instaurée par la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994, a permis, depuis janvier 1995, à tous les résidents de la Polynésie française de bénéficier d'une couverture pour les principaux risques médico-sociaux.

Elle est assurée par trois régimes territoriaux : le régime des salariés (dit « RGS ») financé notamment par les cotisations des salariés et des employeurs, le régime des non salariés (RNS) financé par les cotisations des ressortissants et par une contribution du Pays, et le régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF), régime non contributif, financé exclusivement aujourd'hui par le Pays.

Ces régimes sont aujourd'hui dans une situation financière dégradée et précaire en raison de la conjonction :

- des difficultés nées de leurs structures et paramètres constitutifs ;
- de la détérioration de la croissance économique et de l'emploi ;
- et des effets mal appréhendés de certaines réformes stratégiques.

De fait, la pérennité et l'étendue de la protection sociale garanties à notre population sont aujourd'hui sérieusement menacées.

Parmi les risques pris en charge, celui de la maladie s'avère le plus problématique à court terme pour les trois régimes.

Ainsi, le régime d'assurance maladie des travailleurs salariés est-il structurellement déficitaire depuis 2006, sous l'effet de la progression continue des dépenses de santé.

Aujourd'hui, cette évolution négative se traduit par un déficit cumulé de la branche assurance maladie estimé à 16 milliards de francs CFP au 31 décembre 2010.

Cette situation affecte en outre considérablement les réserves des régimes de la retraite.

Le sauvetage de notre système de protection sociale implique l'adoption et la mise en œuvre de trois séries de mesures complémentaires :

- le comblement du déficit cumulé ;
- le rétablissement de l'équilibre du budget 2011 de la branche assurance maladie des régimes ;
- la rénovation complète de la protection sociale généralisée.

Le rétablissement de l'équilibre budgétaire pour 2011 des régimes d'assurance maladie a donné lieu à de nombreux travaux et réflexions menés en concertation avec les partenaires sociaux, les professionnels de santé, les établissements de soins publics et privés et la Caisse de prévoyance sociale. La somme de ces travaux a été validée par le conseil de la protection sociale et de l'action sociale.

L'équilibre budgétaire passe par un effort concerté et conjugué de tous les acteurs de la protection sociale généralisée : employeurs, salariés, cotisants, patients, professionnels de santé, établissements de santé publics et privés et pouvoirs publics.

Cet effort doit trouver sa traduction formelle, prioritairement et essentiellement, dans l'adoption de lois du pays par notre assemblée. L'édition d'arrêtés pris en conseil des ministres et la signature d'accords entre les professionnels de santé et l'organisme de gestion concourront à la mise en œuvre de cet effort partagé.

Le présent projet de loi du pays s'inscrit donc pleinement dans cet objectif d'équilibre budgétaire.

### Sur la forme :

Le projet de loi du pays comporte trois titres qui distinguent les trois régimes et un titre IV qui concerne les mesures de coordination et d'entrée en vigueur. Composé de 16 articles, il procède à la modification des quatre délibérations suivantes :

- la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés ;
- la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 modifiée instituant le régime d'assurance maladie des personnes non-salariées ;
- la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 modifiée instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territorial ;
- et la délibération n° 2003-76 APF du 22 mai 2003 instituant des avantages de retraite au profit des maîtres et documentalistes de l'enseignement privé.

Un comparatif des différentes modifications opérées par le projet de texte est annexé au présent rapport.

### Sur le fond :

**L'article LP 1** du projet de loi du pays vise à assujettir les titulaires d'une pension de réversion à cotisation au titre de l'assurance maladie du régime des salariés. Cette catégorie d'assurés bénéficie, à l'instar des retraités, des seules prestations en nature du régime d'assurance maladie.

Toutefois, sont exonérés de cotisation les titulaires d'une pension de retraite ou de réversion inférieure ou égale au minimum vieillesse (article LP 6).

L'adoption de cette mesure devrait générer une économie de 50 millions de francs CFP.

**L'article LP 2**, par coordination, supprime la catégorie des titulaires d'une pension de réversion de la liste des personnes bénéficiaires des prestations d'assurance maladie non soumises à cotisation.

**Les articles LP 3, LP 8 et LP 12** instaurent une prise en charge, pour chacun des régimes, des frais d'hébergement et de transport terrestre des patients bénéficiaires d'une évacuation sanitaire inter-îles.

**Les articles LP 4, LP 9 et LP 13** précisent, pour chacun des régimes, l'étendue de la prise en charge :

- d'une part, des frais d'hébergement : elle sera limitée à trois jours sauf dérogation accordée pour des raisons médicales ou de force majeure par le directeur de la Caisse de prévoyance sociale ;
- d'autre part, des frais de transport terrestre des bénéficiaires et de leur accompagnateur agréé : elle sera limitée aux seuls transports nécessaires dans le cadre du traitement ou des soins.

En 2006, conscients des difficultés financières des assurés les plus démunis, les conseil d'administration et comité de gestion des régimes avaient admis que ces frais d'hébergement et de transport terrestre puissent être supportés par leur fonds d'action sanitaire et sociale respectif, pour leurs ressortissants, de façon provisoire, dans l'attente de l'adoption d'une loi du pays consacrant cette prestation.

L'économie générée sur la branche prestations familiales permet une augmentation de l'effort sur la branche maladie.

L'ouverture du nouvel hôpital engendre des besoins supplémentaires en hébergement et transport des personnes en situation d'évacuation sanitaire inter-îles, besoins auxquels répondent l'ouverture de « l'hospitel » (hôtel d'accueil des familles d'une capacité de 63 chambres) et d'autres structures d'hébergement (de type pensions de familles ou petite hôtellerie) agréées par l'organisme de gestion.

Cette réforme prendra effet le 1<sup>er</sup> juillet 2011 (article LP 16).

Les articles LP 5, LP 10 et LP 14 instituent, par dérogation au principe de l'exonération totale de participation des assurés et bénéficiaires atteints d'une affection reconnue longue maladie, le principe d'une participation aux frais d'honoraires de consultation et de visite d'un médecin.

Il convient de rappeler que l'assurance longue maladie concerne 32 000 patients pour un coût annuel de 22 milliards de francs CFP, soit 43 % du budget de l'assurance maladie.

Aujourd'hui, le bénéficiaire de la longue maladie ne supporte aucune participation aux frais générés par son affection.

Les partenaires ont souhaité l'instauration d'un ticket modérateur dans les trois régimes, limité aux seuls honoraires de consultation et visite du médecin.

Cette mesure vise à responsabiliser l'assuré. En ce sens, il est prévu que ces honoraires soient remboursés au taux de 95 %, selon un arrêté pris en conseil des ministres.

L'adoption de cette mesure devrait générer une économie de 106 millions de francs CFP.

L'article LP 6 est un article de coordination avec l'article LP 1. La modification de l'article 41 de la délibération n° 74-22 permet de fixer le principe de l'exonération de cotisation des titulaires d'une pension de retraite ou de réversion dont le montant de la pension et ses bonifications (pour conjoint et enfants à charge) est inférieur ou égal au montant du revenu minimum garanti aux personnes âgées.

L'article LP 7 instaure un transfert forfaitaire de recettes de la branche accidents du travail au bénéfice de la branche d'assurance maladie, destiné à compenser les dépenses supportées par cette dernière au titre des accidents et des maladies non pris en charge par le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles car non déclarés ou déclarés tardivement.

Il s'agit d'une mesure exceptionnelle pour l'année 2011 qui permet d'abonder le régime de l'assurance maladie de 906 millions de francs CFP.

L'article LP 15 est une disposition de coordination avec le dispositif prévu par la délibération n° 2003-76 APF du 22 mai 2003, laquelle crée des avantages de retraite spécifiques au profit des maîtres et des documentalistes de l'enseignement privé.

Il s'agit de soumettre à cotisation au régime d'assurance maladie des salariés les titulaires d'un avantage de réversion (RETREP). Ces cotisations sont prélevées par l'organisme débiteur de ces avantages et reversées auprès de la Caisse de prévoyance sociale.

\* \* \* \* \*

Tel est l'objet du projet de loi du pays que le rapporteur propose à ses collègues de l'assemblée de la Polynésie française, au nom de la commission des affaires civiles, du logement, de la famille, de la parité et de la protection sociale, d'adopter.

LE RAPPORTEUR



Georges HANDERSON

**Tableau comparatif des modifications apportées par le présent projet de loi du pays à la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés**

Dispositions de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée en vigueur	Modifications proposées
<b>TITRE 1 – CHAMP D'APPLICATION</b>	
<p><u>Article 1<sup>er</sup></u></p> <p>Il est institué au profit des travailleurs exerçant en Polynésie française une activité salariée, un régime de prévoyance qui, dans les conditions définies par la présente délibération, comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'assurance maladie,</li> <li>- l'assurance maternité,</li> <li>- l'assurance longue maladie,</li> <li>- l'assurance chirurgie,</li> <li>- l'assurance invalidité.</li> </ul>	<p><u>Article 1<sup>er</sup></u></p> <p>Il est institué au profit des travailleurs exerçant en Polynésie française une activité salariée, un régime de prévoyance qui, dans les conditions définies par la présente délibération, comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'assurance maladie,</li> <li>- l'assurance maternité,</li> <li>- l'assurance longue maladie,</li> <li>- l'assurance chirurgie,</li> <li>- l'assurance invalidité.</li> </ul>
<p><u>Article 2 – Assurés et bénéficiaires</u></p> <p>Sont assurés au titre de la présente délibération :</p> <p>a) Les travailleurs tels que définis à l'article premier de la loi n° 86-845 du 17 juillet 1986 relative aux principes généraux du droit du travail et à l'organisation et au fonctionnement de l'inspection du travail et des lois sociales et des tribunaux du travail en Polynésie française ;</p> <p>b) Les personnes bénéficiant de la réparation des accidents du travail au titre des dispositions de l'article 3 (alinéa 1, 2, 3 et 4) du décret modifié n° 57-425 du 24 février 1957 sur la réparation et la prévention des accidents du travail et les maladies professionnelles dans les territoires d'outre-mer ;</p> <p>c) Toutes personnes suivant des stages ou des cycles de formation professionnelle à temps plein dans des organismes dont la liste est établie par arrêté en conseil des ministres, et dont le budget est supporté pour les 2/3 au moins sur fonds publics, ainsi que les élèves âgés de moins de 26 ans des établissements d'enseignement supérieur agréés par le ministre chargé de l'éducation, dès lors qu'ils ne sont bénéficiaires dudit régime à un titre différent ;</p> <p>d) Les retraités du régime général visés par les dispositions de la délibération n° 87-11 AT du 29 janvier 1987, sous réserve que leurs pensions aient été acquises par l'exercice de cinq années au moins d'activité professionnelle sur le territoire. Les prestations auxquelles auront droit ces assurés bénéficiaires sont limitées aux seules prestations en nature.</p>	<p><u>Article 2 – Assurés et bénéficiaires</u></p> <p>Sont assurés au titre de la présente délibération :</p> <p>a) Les travailleurs tels que définis à l'article premier de la loi n° 86-845 du 17 juillet 1986 relative aux principes généraux du droit du travail et à l'organisation et au fonctionnement de l'inspection du travail et des lois sociales et des tribunaux du travail en Polynésie française ;</p> <p>b) Les personnes bénéficiant de la réparation des accidents du travail au titre des dispositions de l'article 3 (alinéa 1, 2, 3 et 4) du décret modifié n° 57-425 du 24 février 1957 sur la réparation et la prévention des accidents du travail et les maladies professionnelles dans les territoires d'outre-mer ;</p> <p>c) Toutes personnes suivant des stages ou des cycles de formation professionnelle à temps plein dans des organismes dont la liste est établie par arrêté en conseil des ministres, et dont le budget est supporté pour les 2/3 au moins sur fonds publics, ainsi que les élèves âgés de moins de 26 ans des établissements d'enseignement supérieur agréés par le ministre chargé de l'éducation, dès lors qu'ils ne sont bénéficiaires dudit régime à un titre différent ;</p> <p>d) Les retraités du régime général visés par les dispositions de la délibération n° 87-11 AT du 29 janvier 1987, sous réserve que leurs pensions aient été acquises par l'exercice de cinq années au moins d'activité professionnelle sur le territoire. Les prestations auxquelles auront droit ces assurés bénéficiaires sont limitées aux seules prestations en nature.</p> <p><b><i>e) Les titulaires d'une pension de réversion, établie par délibération n° 87-11 AT du 29 janvier 1987, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les retraités principaux et leurs ayants droit ; Ceux-ci bénéficient des seules prestations en nature.</i></b></p>
<p><u>Article 2-1</u></p> <p>Ont droit aux seuls avantages en nature des assurances maladie, longue maladie et chirurgicale, sans être astreints à cotisation :</p> <p>a) Le conjoint de l'assuré ou du bénéficiaire visé à l'article 2.2 sous réserve qu'il ne soit ni patenté, ni inscrit au registre du commerce, ni exerçant une profession libérale ou une activité professionnelle salariée</p>	<p><u>Article 2-1</u></p> <p>Ont droit aux seuls avantages en nature des assurances maladie, longue maladie et chirurgicale, sans être astreints à cotisation :</p> <p>a) Le conjoint de l'assuré ou du bénéficiaire visé à l'article 2.2 sous réserve qu'il ne soit ni patenté, ni inscrit au registre du commerce, ni exerçant une profession libérale ou une activité professionnelle salariée</p>

<p>ou non, ne motivant pas son affiliation au présent régime. Il en est de même lorsque ce conjoint est bénéficiaire ou susceptible de l'être d'un avantage de même nature au titre du régime de sécurité sociale ou d'un statut particulier de la fonction publique ;</p>	<p>ou non, ne motivant pas son affiliation au présent régime. Il en est de même lorsque ce conjoint est bénéficiaire ou susceptible de l'être d'un avantage de même nature au titre du régime de sécurité sociale ou d'un statut particulier de la fonction publique ;</p>
<p>b) Les enfants à charge de l'assuré ou du bénéficiaire visé à l'article 2.2, la notion juridique d'enfant à charge étant celle retenue par la réglementation en vigueur dans le territoire pour les allocations familiales ;</p>	<p>b) Les enfants à charge de l'assuré ou du bénéficiaire visé à l'article 2.2, la notion juridique d'enfant à charge étant celle retenue par la réglementation en vigueur dans le territoire pour les allocations familiales ;</p>
<p>c) Les ayants droit des victimes d'accidents mortels du travail titulaires d'une rente liquidée sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un revenu professionnel, salarial ou non ;</p>	<p>c) Les ayants droit des victimes d'accidents mortels du travail titulaires d'une rente liquidée sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un revenu professionnel, salarial ou non ;</p>
<p>d) Le conjoint et les enfants à charge de l'assuré ou du bénéficiaire visé à l'article 2.2, autres que les ayants droit visés à l'alinéa précédent, pendant l'année qui suit le décès de l'assuré ou du bénéficiaire de l'article 2.2. Cette durée est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint l'âge de 6 ans ou ait été scolarisé s'il s'agit d'un enfant handicapé.</p>	<p>d) Le conjoint et les enfants à charge de l'assuré ou du bénéficiaire visé à l'article 2.2, autres que les ayants droit visés à l'alinéa précédent, pendant l'année qui suit le décès de l'assuré ou du bénéficiaire de l'article 2.2. Cette durée est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint l'âge de 6 ans ou ait été scolarisé s'il s'agit d'un enfant handicapé.</p>
<p><u>Article 2-2</u></p> <p>Bénéficient, des seuls avantages en nature des assurances maladie, longue maladie et chirurgicale, sans être astreints à cotisation</p> <p>a) le titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin, établie par délibération n° 87-8 AT du 29 janvier 1987, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les retraités principaux et leurs ayant droit ;</p> <p>b) le titulaire de l'allocation dite "Aide aux vieux travailleurs salariés", à condition qu'il réside dans le territoire, sauf en ce qui est dit aux articles 5-1 et 5-2 ;</p> <p>c) le titulaire d'une rente d'accident du travail quand le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66,66 % ;</p> <p>d) le titulaire d'une pension d'invalidité instituée par le présent régime.</p>	<p><u>Article 2-2</u></p> <p>Bénéficient, des seuls avantages en nature des assurances maladie, longue maladie et chirurgicale, sans être astreints à cotisation</p> <p>a) le titulaire d'une pension <del>de réversion ou</del> d'orphelin, établie par délibération n° 87-8 AT du 29 janvier 1987, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les retraités principaux et leurs ayant droit ;</p> <p>b) le titulaire de l'allocation dite "Aide aux vieux travailleurs salariés", à condition qu'il réside dans le territoire, sauf en ce qui est dit aux articles 5-1 et 5-2 ;</p> <p>c) le titulaire d'une rente d'accident du travail quand le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66,66 % ;</p> <p>d) le titulaire d'une pension d'invalidité instituée par le présent régime.</p>
<p><u>Article 2-3</u></p> <p>Ne sont pas visés par la présente délibération les travailleurs français ou étrangers bénéficiaires de l'un des régimes métropolitains visés par les textes de coordination entre les régimes polynésiens et métropolitains de sécurité sociale.</p>	<p><u>Article 2-3</u></p> <p>Ne sont pas visés par la présente délibération les travailleurs français ou étrangers bénéficiaires de l'un des régimes métropolitains visés par les textes de coordination entre les régimes polynésiens et métropolitains de sécurité sociale.</p>
<p><u>Article 3 – Conditions d'application</u></p> <p>Le bénéfice de ces diverses assurances est acquis dans les conditions définies par la présente délibération au travailleur salarié et ouvert de son chef, sauf restrictions, aux personnes définies à l'article 2-1, dès lors qu'il est déclaré à la Caisse de prévoyance sociale et justifie avoir effectué, au cours des 30 jours précédant le début de l'incapacité ou de la maladie, un minimum de 80 heures de travail ou perçu une rémunération mensuelle au moins équivalente à 169 fois le montant du salaire minimum interprofessionnel garanti horaire.</p>	<p><u>Article 3 – Conditions d'application</u></p> <p>Le bénéfice de ces diverses assurances est acquis dans les conditions définies par la présente délibération au travailleur salarié et ouvert de son chef, sauf restrictions, aux personnes définies à l'article 2-1, dès lors qu'il est déclaré à la Caisse de prévoyance sociale et justifie avoir effectué, au cours des 30 jours précédant le début de l'incapacité ou de la maladie, un minimum de 80 heures de travail ou perçu une rémunération mensuelle au moins équivalente à 169 fois le montant du salaire minimum interprofessionnel garanti horaire.</p>

<p><u>Article 3-1</u></p> <p>Toutefois :</p> <p>a) pour les salariées mères d'handicapés reconnus par -les organismes territoriaux agréés, et les salariées mères de trois enfants et plus, âgés de moins de quatorze (14) ans, le minimum d'heures de travail sera abaissé à 25 heures ;</p> <p>b) en ce qui concerne les jeunes travailleurs, aucune condition relative à la durée du travail n'est exigée si le délai entre la fin de la scolarité et le début de l'incapacité ou de la maladie ne dépasse pas trois mois ;</p> <p>c) en ce qui concerne les personnes ayant acquis le bénéfice de l'assurance du régime public des non-salariés, la condition d'activité ou de salaire minimum pour l'ouverture du droit à prestations en nature ne sera pas exigée si le délai entre la fin de l'affiliation au dit régime et le début de l'activité salariée ne dépasse pas trente (30) jours.</p>	<p><u>Article 3-1</u></p> <p>Toutefois :</p> <p>a) pour les salariées mères d'handicapés reconnus par -les organismes territoriaux agréés, et les salariées mères de trois enfants et plus, âgés de moins de quatorze (14) ans, le minimum d'heures de travail sera abaissé à 25 heures ;</p> <p>b) en ce qui concerne les jeunes travailleurs, aucune condition relative à la durée du travail n'est exigée si le délai entre la fin de la scolarité et le début de l'incapacité ou de la maladie ne dépasse pas trois mois ;</p> <p>c) en ce qui concerne les personnes ayant acquis le bénéfice de l'assurance du régime public des non-salariés, la condition d'activité ou de salaire minimum pour l'ouverture du droit à prestations en nature ne sera pas exigée si le délai entre la fin de l'affiliation au dit régime et le début de l'activité salariée ne dépasse pas trente (30) jours.</p>
<p><u>Article 3-2</u></p> <p>Pour la réalisation de la condition relative à la durée du travail, seront assimilées à des périodes de travail, celles indemnisées au titre du présent régime, et l'incapacité permanente lorsque son taux est au moins égal à 66,66 %.</p>	<p><u>Article 3-2</u></p> <p>Pour la réalisation de la condition relative à la durée du travail, seront assimilées à des périodes de travail, celles indemnisées au titre du présent régime, et l'incapacité permanente lorsque son taux est au moins égal à 66,66 %.</p>
<p><u>Article 3-3</u></p> <p>Le droit à prestation en nature au titre du présent régime est supprimé à la fin du mois suivant celui où l'assuré cesse de remplir les conditions d'assujettissement, sauf dans les cas suivants :</p> <p>1) lorsqu'il justifie pendant les douze mois précédant la rupture du contrat de travail, avoir mensuellement effectué 80 heures de travail ou perçu une rémunération équivalente au salaire minimum interprofessionnel garanti pour un mois (S.M.I.G.), les droits aux prestations en nature pour lui-même et ses ayants-droit leur seront conservés pendant les 90 jours suivant la cessation des conditions d'assujettissement.</p> <p>2) pour les salariés licenciés pour cause économique attestée par l'inspecteur du travail, le maintien du droit aux prestations en nature reste acquis à l'assuré et à ses ayants-droit pendant les 180 jours suivant la cessation des conditions d'assujettissement.</p> <p>Le maintien de ce droit est cependant subordonné à l'inscription du salarié au service pour l'emploi et la formation professionnelle dans le but d'une recherche active d'un nouvel emploi.</p> <p>L'intéressé perd le bénéfice de ce droit en cas de refus d'un emploi proposé dans sa qualification.</p> <p>Un arrêté en conseil des ministres définira les modalités d'application de ces dispositions, notamment en ce qui concerne les procédures d'information à mettre en œuvre entre le service de l'inspection du travail, la Caisse de prévoyance sociale et au service pour l'emploi et la formation professionnelle.</p> <p>3) dans tous les cas prévus dans le présent article, le droit aux prestations en nature est 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.</p>	<p><u>Article 3-3</u></p> <p>Le droit à prestation en nature au titre du présent régime est supprimé à la fin du mois suivant celui où l'assuré cesse de remplir les conditions d'assujettissement, sauf dans les cas suivants :</p> <p>1) lorsqu'il justifie pendant les douze mois précédant la rupture du contrat de travail, avoir mensuellement effectué 80 heures de travail ou perçu une rémunération équivalente au salaire minimum interprofessionnel garanti pour un mois (S.M.I.G.), les droits aux prestations en nature pour lui-même et ses ayants-droit leur seront conservés pendant les 90 jours suivant la cessation des conditions d'assujettissement.</p> <p>2) pour les salariés licenciés pour cause économique attestée par l'inspecteur du travail, le maintien du droit aux prestations en nature reste acquis à l'assuré et à ses ayants-droit pendant les 180 jours suivant la cessation des conditions d'assujettissement.</p> <p>Le maintien de ce droit est cependant subordonné à l'inscription du salarié au service pour l'emploi et la formation professionnelle dans le but d'une recherche active d'un nouvel emploi.</p> <p>L'intéressé perd le bénéfice de ce droit en cas de refus d'un emploi proposé dans sa qualification.</p> <p>Un arrêté en conseil des ministres définira les modalités d'application de ces dispositions, notamment en ce qui concerne les procédures d'information à mettre en œuvre entre le service de l'inspection du travail, la Caisse de prévoyance sociale et au service pour l'emploi et la formation professionnelle.</p> <p>3) dans tous les cas prévus dans le présent article, le droit aux prestations en nature est 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.</p>

<p><u>Article 3-4</u></p> <p>Un arrêté d'application pris par le chef du territoire en conseil de gouvernement déterminera les pièces nécessaires pour l'obtention des différentes prestations.</p>	<p><u>Article 3-4</u></p> <p>Un arrêté d'application pris par le chef du territoire en conseil de gouvernement déterminera les pièces nécessaires pour l'obtention des différentes prestations.</p>
<p><u>Article 4</u></p> <p>Sans préjudice de l'application de l'article 3.3, 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 12 mois continus de cotisations à raison de 80 heures par mois ou avoir perçu une rémunération mensuelle au moins équivalente à 169 fois le montant du salaire minimum interprofessionnel garanti horaire au cours de la dite période.</p> <p>Pour l'assuré qui ne justifie pas des conditions susvisées, ce droit est présumé ouvert pour une période de 3 mois.</p>	<p><u>Article 4</u></p> <p>Sans préjudice de l'application de l'article 3.3, 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 12 mois continus de cotisations à raison de 80 heures par mois ou avoir perçu une rémunération mensuelle au moins équivalente à 169 fois le montant du salaire minimum interprofessionnel garanti horaire au cours de la dite période.</p> <p>Pour l'assuré qui ne justifie pas des conditions susvisées, ce droit est présumé ouvert pour une période de 3 mois.</p>
<p><u>Article 4-1</u></p> <p>Durant la période de droits présumés, le constat d'une cessation des conditions d'assujettissement ou d'ouverture des droits 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.</p> <p>En cas de rétablissement des conditions d'assujettissement au présent régime ou d'ouverture des droits, et pour l'ouverture présumée du droit aux prestations en nature, l'assuré devra justifier de sa demande d'affiliation au régime précédent.</p>	<p><u>Article 4-1</u></p> <p>Durant la période de droits présumés, le constat d'une cessation des conditions d'assujettissement ou d'ouverture des droits 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.</p> <p>En cas de rétablissement des conditions d'assujettissement au présent régime ou d'ouverture des droits, et pour l'ouverture présumée du droit aux prestations en nature, l'assuré devra justifier de sa demande d'affiliation au régime précédent.</p>
<p><u>Article 5 – Soins hors du territoire</u></p> <p>Lorsque les soins sont dispensés hors du territoire aux assurés et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes des assurances instituées par la présente délibération sont servies aux conditions définies aux articles suivants.</p>	<p><u>Article 5 – Soins hors du territoire</u></p> <p>Lorsque les soins sont dispensés hors du territoire aux assurés et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes des assurances instituées par la présente délibération sont servies aux conditions définies aux articles suivants.</p>
<p><u>Article 5-1</u></p> <p>La prise en charge par tiers payant des soins dispensés hors du territoire est acquise de plein droit pendant la durée de l'évacuation sanitaire décidée sur avis de la commission <i>ad hoc</i>.</p>	<p><u>Article 5-1</u></p> <p>La prise en charge par tiers payant des soins dispensés hors du territoire est acquise de plein droit pendant la durée de l'évacuation sanitaire décidée sur avis de la commission <i>ad hoc</i>.</p>
<p><u>Article 5-2</u></p> <p>Hors les cas visés aux articles 5-1, 5-5 et 5-6, les soins dispensés hors du territoire sont remboursés dans le cadre de l'article 9-1, alinéa a) ou b). La prise en charge s'effectuera par tiers payant lorsque les soins sont dispensés en métropole ou dans un département ou territoire d'outre-mer, sur accord préalable ou exceptionnellement <i>a posteriori</i> de l'organisme de gestion. Dans tous les cas visés au présent article, les frais de transport resteront à la charge de l'assuré.</p>	<p><u>Article 5-2</u></p> <p>Hors les cas visés aux articles 5-1, 5-5 et 5-6, les soins dispensés hors du territoire sont remboursés dans le cadre de l'article 9-1, alinéa a) ou b). La prise en charge s'effectuera par tiers payant lorsque les soins sont dispensés en métropole ou dans un département ou territoire d'outre-mer, sur accord préalable ou exceptionnellement <i>a posteriori</i> de l'organisme de gestion. Dans tous les cas visés au présent article, les frais de transport resteront à la charge de l'assuré.</p>
<p><u>Article 5-3</u></p> <p>Le droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie et longue maladie est acquis à l'assuré dans les cas ci-après :</p> <p>- lorsque l'arrêt de travail est consécutif à une évacuation sanitaire visée à l'article 5-1 ou à une hospitalisation de l'assuré ; - sur accord préalable de l'organisme de gestion après avis du médecin-conseil ;</p>	<p><u>Article 5-3</u></p> <p>Le droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie et longue maladie est acquis à l'assuré dans les cas ci-après :</p> <p>- lorsque l'arrêt de travail est consécutif à une évacuation sanitaire visée à l'article 5-1 ou à une hospitalisation de l'assuré ; - sur accord préalable de l'organisme de gestion après avis du médecin-conseil ;</p>

<p>- exceptionnellement, sur accord a posteriori de l'organisme de gestion, après avis du médecin-conseil.</p> <p>Il appartient à l'assuré de produire si nécessaire les justificatifs (compte-rendu ou certificat médical en langue française).</p>	<p>- exceptionnellement, sur accord a posteriori de l'organisme de gestion, après avis du médecin-conseil.</p> <p>Il appartient à l'assuré de produire si nécessaire les justificatifs (compte-rendu ou certificat médical en langue française).</p>
<p><u>Article 5-4</u></p> <p>Le droit aux prestations en espèces de l'assurance maternité (congés de maternité) est maintenu à l'assurée en déplacement hors du territoire.</p>	<p><u>Article 5-4</u></p> <p>Le droit aux prestations en espèces de l'assurance maternité (congés de maternité) est maintenu à l'assurée en déplacement hors du territoire.</p>
<p><u>Article 5-5</u></p> <p>Les travailleurs détachés temporairement à l'étranger par leur employeur pour y exercer une activité salariée ou assimilée, rémunérée par cet employeur et qui ne sont pas soumis à une autre réglementation en vertu de la législation nationale de sécurité sociale ou de convention, restent soumis à la réglementation du présent régime.</p> <p>Ils pourront être admis au bénéfice de cette réglementation pour une durée maximale de trois ans, renouvelable une fois, sur leur demande écrite à la Caisse accompagnée de l'engagement de l'employeur de s'acquitter de l'intégralité des sommes dues.</p>	<p><u>Article 5-5</u></p> <p>Les travailleurs détachés temporairement à l'étranger par leur employeur pour y exercer une activité salariée ou assimilée, rémunérée par cet employeur et qui ne sont pas soumis à une autre réglementation en vertu de la législation nationale de sécurité sociale ou de convention, restent soumis à la réglementation du présent régime.</p> <p>Ils pourront être admis au bénéfice de cette réglementation pour une durée maximale de trois ans, renouvelable une fois, sur leur demande écrite à la Caisse accompagnée de l'engagement de l'employeur de s'acquitter de l'intégralité des sommes dues.</p>
<p><u>Article 5-6</u></p> <p>Les travailleurs, détachés temporairement en métropole ou dans un département ou territoire d'outre-mer pour la durée maximale mentionnée à l'article 5-5 précédent, peuvent demander dans les mêmes formes à rester affiliés au présent régime. Les dispositions de l'article précité leur seront applicables dès la notification de l'accord de la Caisse.</p>	<p><u>Article 5-6</u></p> <p>Les travailleurs, détachés temporairement en métropole ou dans un département ou territoire d'outre-mer pour la durée maximale mentionnée à l'article 5-5 précédent, peuvent demander dans les mêmes formes à rester affiliés au présent régime. Les dispositions de l'article précité leur seront applicables dès la notification de l'accord de la Caisse.</p>
<p><b>TITRE II – PRESTATIONS</b></p> <p><b>Chapitre 1 – Assurance maladie – Longue maladie – Maternité – Soins dentaires</b></p>	
<p><u>Article 6</u></p> <p>a) Les assurances maladie, maternité, longue maladie, chirurgie et invalidité comportent des prestations en espèces et des prestations en nature, les dispositions communes à ces diverses assurances sont définies ci-après et complétées par des dispositions particulières à chaque assurance déterminée dans les sections I, II, III, IV et V.</p> <p>b) Les prestations en espèces sont constituées par le paiement d'indemnités journalières à l'assuré qui a été contraint de cesser le travail pour raison médicale.</p> <p>c) Les prestations en nature sont constituées par le remboursement total ou partiel des frais engagés, par l'assuré ou "les personnes visées aux articles 2.1 et 2.2, chez un praticien (médecin, chirurgien, spécialiste chirurgien-dentiste...), un auxiliaire médical (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste...), un pharmacien, un fournisseur d'appareillage, ainsi que des frais de laboratoire, d'hospitalisation, de traitement et de transport.</p> <p>Les prestations en nature comprennent également les soins et la surveillance par des personnes qualifiées et conventionnées, des invalides au sens de la réglementation sur l'invalidité, ou handicapés gravement touchés à plus de 70 % et des malades aigus.</p> <p>Un arrêté en conseil des ministres établit la liste des maladies aiguës donnant droit aux prestations visées à l'alinéa précédent.</p>	<p><u>Article 6</u></p> <p>a) Les assurances maladie, maternité, longue maladie, chirurgie et invalidité comportent des prestations en espèces et des prestations en nature, les dispositions communes à ces diverses assurances sont définies ci-après et complétées par des dispositions particulières à chaque assurance déterminée dans les sections I, II, III, IV et V.</p> <p>b) Les prestations en espèces sont constituées par le paiement d'indemnités journalières à l'assuré qui a été contraint de cesser le travail pour raison médicale.</p> <p>c) Les prestations en nature sont constituées par le remboursement total ou partiel des frais engagés, par l'assuré ou "les personnes visées aux articles 2.1 et 2.2, chez un praticien (médecin, chirurgien, spécialiste chirurgien-dentiste...), un auxiliaire médical (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste...), un pharmacien, un fournisseur d'appareillage, ainsi que des frais de laboratoire, d'hospitalisation, de traitement et de transport.</p> <p>Les prestations en nature comprennent également les soins et la surveillance par des personnes qualifiées et conventionnées, des invalides au sens de la réglementation sur l'invalidité, ou handicapés gravement touchés à plus de 70 % et des malades aigus.</p> <p>Un arrêté en conseil des ministres établit la liste des maladies aiguës donnant droit aux prestations visées à l'alinéa précédent.</p>

<p>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 régime d'assurance maladie, les tarifs de prix de journée et les modalités de paiement faisant l'objet de convention entre la caisse de prévoyance sociale et chaque établissement concerné. Le montant du forfait journalier est soumis pour avis au conseil du handicap.</p> <p>Les frais de surveillance visés à l'alinéa précédent sont pris en charge dans la limite du montant de référence fixé par la délibération n° 96-109 APF du 12 septembre 1996 portant désindexation des primes, indemnités, allocations diverses et autres rémunérations et révisables dans les conditions prévues par cette délibération.</p>	<p>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 régime d'assurance maladie, les tarifs de prix de journée et les modalités de paiement faisant l'objet de convention entre la caisse de prévoyance sociale et chaque établissement concerné. Le montant du forfait journalier est soumis pour avis au conseil du handicap.</p> <p>Les frais de surveillance visés à l'alinéa précédent sont pris en charge dans la limite du montant de référence fixé par la délibération n° 96-109 APF du 12 septembre 1996 portant désindexation des primes, indemnités, allocations diverses et autres rémunérations et révisables dans les conditions prévues par cette délibération.</p>
<p><u>Article 7</u></p> <p>Les indemnités journalières prévues par le présent régime, autres que celles prévues en cas de maternité ou d'invalidité, sont versées à partir du quatrième jour qui suit le point de départ de l'incapacité de travail dans les conditions ci-après :</p> <p>a) du 4<sup>e</sup> au 30<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail : 100 % du salaire réel dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance maladie ;</p> <p>b) à partir du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail et sous réserve des dispositions de l'article 16 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 75 % du salaire réel dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance maladie.</li> </ul> <p>Cette indemnité, dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance maladie, est portée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80 % en présence d'un enfant à charge ;</li> <li>- 85 % en présence de deux enfants à charge ;</li> <li>- 90 % en présence de trois enfants et plus à charge au sens de la réglementation en matière de prestations familiales.</li> </ul> <p>Le versement des indemnités journalières ci-dessus est assuré dès la conclusion du contrat de travail et sans condition de durée minimum d'activité.</p>	<p><u>Article 7</u></p> <p>Les indemnités journalières prévues par le présent régime, autres que celles prévues en cas de maternité ou d'invalidité, sont versées à partir du quatrième jour qui suit le point de départ de l'incapacité de travail dans les conditions ci-après :</p> <p>a) du 4<sup>e</sup> au 30<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail : 100 % du salaire réel dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance maladie ;</p> <p>b) à partir du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail et sous réserve des dispositions de l'article 16 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 75 % du salaire réel dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance maladie.</li> </ul> <p>Cette indemnité, dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance maladie, est portée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80 % en présence d'un enfant à charge ;</li> <li>- 85 % en présence de deux enfants à charge ;</li> <li>- 90 % en présence de trois enfants et plus à charge au sens de la réglementation en matière de prestations familiales.</li> </ul> <p>Le versement des indemnités journalières ci-dessus est assuré dès la conclusion du contrat de travail et sans condition de durée minimum d'activité.</p>
<p><u>Article 7 bis</u></p> <p>Pour compenser les effets d'une rupture de revenu pour le salarié malade, l'employeur verse pendant le premier mois d'hospitalisation et d'arrêt maladie dûment constaté par certificat médical, l'indemnisation journalière prévue par le régime d'assurance maladie.</p> <p>La caisse de prévoyance sociale rembourse à l'employeur, à jour de ses cotisations et dans un délai maximum de trente jours, les prestations ainsi avancées.</p> <p>À l'issue du premier mois, et en cas de poursuite de l'arrêt ou de l'hospitalisation, la caisse de prévoyance sociale verse directement à l'assuré les indemnités journalières.</p>	<p><u>Article 7 bis</u></p> <p>Pour compenser les effets d'une rupture de revenu pour le salarié malade, l'employeur verse pendant le premier mois d'hospitalisation et d'arrêt maladie dûment constaté par certificat médical, l'indemnisation journalière prévue par le régime d'assurance maladie.</p> <p>La caisse de prévoyance sociale rembourse à l'employeur, à jour de ses cotisations et dans un délai maximum de trente jours, les prestations ainsi avancées.</p> <p>À l'issue du premier mois, et en cas de poursuite de l'arrêt ou de l'hospitalisation, la caisse de prévoyance sociale verse directement à l'assuré les indemnités journalières.</p>

<p><u>Article 8</u></p> <p>Les frais d'appareillage sont remboursés, sans participation des assurés, sur la base des tarifs homologués par la sécurité sociale ou la caisse de prévoyance sociale. Pour les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, les prothèses dentaires seront prises en charge totalement ; dans les autres cas, elles restent entièrement à la charge de l'assuré. La lunetterie ne peut faire l'objet d'une prise en charge sur la base des tarifs homologués que pour un traitement en vue d'une amélioration et sur accord préalable du médecin-conseil de la Caisse de prévoyance sociale et acceptation par celui-ci du devis établi par le fournisseur.</p>	<p><u>Article 8</u></p> <p>Les frais d'appareillage sont remboursés, sans participation des assurés, sur la base des tarifs homologués par la sécurité sociale ou la caisse de prévoyance sociale. Pour les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, les prothèses dentaires seront prises en charge totalement ; dans les autres cas, elles restent entièrement à la charge de l'assuré. La lunetterie ne peut faire l'objet d'une prise en charge sur la base des tarifs homologués que pour un traitement en vue d'une amélioration et sur accord préalable du médecin-conseil de la Caisse de prévoyance sociale et acceptation par celui-ci du devis établi par le fournisseur.</p>
<p><u>Article 8-1 – Frais de lunetterie</u></p> <p>La lunetterie comprend la monture, les verres de correction optique, les matériels pour amblyopie et les lentilles de contact réutilisables pendant une durée supérieure à six mois à condition qu'elles procurent au malade une correction supérieure à celle que peuvent donner des verres optiques et ce, dans les cas de kératocône, aphakie unilatérale, amétropie de l'ordre de 12 dioptries, anisométrie à 3 dioptries non corrigéable par lunette et astigmatisme irrégulier.</p> <p>La prise en charge des verres teintés est subordonnée à la procédure d'entente préalable. Cette prise en charge ne peut avoir lieu que dans les indications médicales suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) affections oculaires : conjonctivites intenses, kératites, iritis, cataractes centrales ou congénitales, rétinopathies ;</li> <li>2) myopies fortes lorsqu'elles s'accompagnent de photophobie ;</li> <li>3) à titre exceptionnel, certaines photophobies, lorsqu'elles n'entrent pas dans le cadre des affections ci-dessus.</li> </ol> <p>La prise en charge des verres pour les enfants avant leur 16e anniversaire est assurée après entente préalable. Seuls les verres organiques sont pris en charge.</p> <p>Les éléments de lunetterie autres que ceux indiqués ci-dessus (prismes ...) peuvent être remboursés sur prescription médicale et après accord préalable du médecin-conseil de la Caisse de prévoyance sociale.</p> <p>Les frais de lunetterie sont remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire fixé par le conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale.</p> <p>À défaut de tarif forfaitaire fixé par la Caisse de prévoyance sociale, le remboursement se fait de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour les verres de correction optique uniquement, sur la base des tarifs homologués par la Caisse de prévoyance sociale et sur prescription médicale, au taux de 70 % pour les enfants scolarisés jusqu'à 21 ans et au taux de 100 % pour le traitement des troubles de la réfraction post-chirurgicaux et les cas d'aphakie ;</li> <li>- dans l'attente des tarifs homologués, la lunetterie peut faire l'objet d'une prise en charge sur la base des factures présentées avec l'accord préalable du médecin-conseil de la Caisse de prévoyance sociale.</li> </ul> <p>La fréquence de renouvellement de la prise en charge est fixée à deux ans.</p> <p>Par exception :</p>	<p><u>Article 8-1 – Frais de lunetterie</u></p> <p>La lunetterie comprend la monture, les verres de correction optique, les matériels pour amblyopie et les lentilles de contact réutilisables pendant une durée supérieure à six mois à condition qu'elles procurent au malade une correction supérieure à celle que peuvent donner des verres optiques et ce, dans les cas de kératocône, aphakie unilatérale, amétropie de l'ordre de 12 dioptries, anisométrie à 3 dioptries non corrigéable par lunette et astigmatisme irrégulier.</p> <p>La prise en charge des verres teintés est subordonnée à la procédure d'entente préalable. Cette prise en charge ne peut avoir lieu que dans les indications médicales suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) affections oculaires : conjonctivites intenses, kératites, iritis, cataractes centrales ou congénitales, rétinopathies ;</li> <li>2) myopies fortes lorsqu'elles s'accompagnent de photophobie ;</li> <li>3) à titre exceptionnel, certaines photophobies, lorsqu'elles n'entrent pas dans le cadre des affections ci-dessus.</li> </ol> <p>La prise en charge des verres pour les enfants avant leur 16e anniversaire est assurée après entente préalable. Seuls les verres organiques sont pris en charge.</p> <p>Les éléments de lunetterie autres que ceux indiqués ci-dessus (prismes ...) peuvent être remboursés sur prescription médicale et après accord préalable du médecin-conseil de la Caisse de prévoyance sociale.</p> <p>Les frais de lunetterie sont remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire fixé par le conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale.</p> <p>À défaut de tarif forfaitaire fixé par la Caisse de prévoyance sociale, le remboursement se fait de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour les verres de correction optique uniquement, sur la base des tarifs homologués par la Caisse de prévoyance sociale et sur prescription médicale, au taux de 70 % pour les enfants scolarisés jusqu'à 21 ans et au taux de 100 % pour le traitement des troubles de la réfraction post-chirurgicaux et les cas d'aphakie ;</li> <li>- dans l'attente des tarifs homologués, la lunetterie peut faire l'objet d'une prise en charge sur la base des factures présentées avec l'accord préalable du médecin-conseil de la Caisse de prévoyance sociale.</li> </ul> <p>La fréquence de renouvellement de la prise en charge est fixée à deux ans.</p> <p>Par exception :</p>

<p>- pour les enfants scolarisés jusqu'à 16 ans, la prise en charge peut être renouvelée chaque année ;                  - en cas de modification de vision, le renouvellement des verres peut intervenir sans délai sur prescription médicale.</p>	<p>- pour les enfants scolarisés jusqu'à 16 ans, la prise en charge peut être renouvelée chaque année ;                  - en cas de modification de vision, le renouvellement des verres peut intervenir sans délai sur prescription médicale.</p>
<p>Les années sont des années civiles.</p>	<p>Les années sont des années civiles.</p>
<p><u>Article 9</u></p> <p>Pour les établissements hospitaliers publics, les remboursements se feront sur la base du tarif de la deuxième catégorie.</p> <p>Ce tarif couvre à la fois les frais de séjour et de traitement (médicaments, examens de laboratoire, prestations d'électroradiologie, d'électrothérapie, de massokinésithérapie). Les frais de transfusion feront l'objet d'un remboursement distinct.</p> <p>Il en est de même, sauf convention particulière entre eux et la caisse de prévoyance sociale, pour les établissements hospitaliers privés.</p>	<p><u>Article 9</u></p> <p>Pour les établissements hospitaliers publics, les remboursements se feront sur la base du tarif de la deuxième catégorie.</p> <p>Ce tarif couvre à la fois les frais de séjour et de traitement (médicaments, examens de laboratoire, prestations d'électroradiologie, d'électrothérapie, de massokinésithérapie). Les frais de transfusion feront l'objet d'un remboursement distinct.</p> <p>Il en est de même, sauf convention particulière entre eux et la caisse de prévoyance sociale, pour les établissements hospitaliers privés.</p>
<p><u>Article 9-1</u></p> <p>En cas de soins administrés hors du territoire, les soins sont pris en charge :</p> <p>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 ;</p> <p>b) au maximum sur la base des frais engagés :</p> <p>- dans la limite des tarifs couramment pratiqués dans la région, lorsque les soins sont dispensés à l'étranger dans le cadre des dispositions des articles 5-1, 5-5 et 5-6 ;                  - et 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 5-2.</p>	<p><u>Article 9-1</u></p> <p>En cas de soins administrés hors du territoire, les soins sont pris en charge :</p> <p>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 ;</p> <p>b) au maximum sur la base des frais engagés :</p> <p>- dans la limite des tarifs couramment pratiqués dans la région, lorsque les soins sont dispensés à l'étranger dans le cadre des dispositions des articles 5-1, 5-5 et 5-6 ;                  - et 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 5-2.</p>
<p><u>Article 10</u></p> <p>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).</p> <p>Les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec les méthodes de contraception médicalement reconnues sont pris en charge en tiers payant, à 100% du tarif de responsabilité de l'assurance maladie.</p> <p>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.</p> <p>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 la direction de la santé et après entente préalable, dans la limite de cinq tentatives.</p>	<p><u>Article 10</u></p> <p>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).</p> <p>Les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec les méthodes de contraception médicalement reconnues sont pris en charge en tiers payant, à 100% du tarif de responsabilité de l'assurance maladie.</p> <p>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.</p> <p>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 la direction de la santé et après entente préalable, dans la limite de cinq tentatives.</p>

<p><u>Article 10 bis</u></p> <p>Sont exclus de la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les soins esthétiques, sauf pour les bénéficiaires dont la profession est en rapport direct avec le public et après accord du médecin-conseil ;</li> <li>- 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.</li> </ul>	<p><u>Article 10 bis</u></p> <p>Sont exclus de la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les soins esthétiques, sauf pour les bénéficiaires dont la profession est en rapport direct avec le public et après accord du médecin-conseil ;</li> <li>- 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.</li> </ul>
<p><u>Art. 11. – Abrogé</u></p>	<p><u>Article LP.11</u></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p>
	<p><u>Article LP 11.1</u></p> <p><b>La durée de l'hébergement pris en charge ne peut excéder trois (3) jours.</b></p> <p><b>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.</b></p>
	<p><u>Article LP 11.2</u></p> <p><b>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.</b></p>
<p><u>Article 12</u></p> <p>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 seront remboursés après accord du médecin-conseil de l'organisme de gestion et avis éventuel du médecin consultant en stomatologie.</p> <p>Il en est de même pour les appareillages d'orthodontie prévus au chapitre 5, article 5, article 6 de la nomenclature des actes professionnels et toutes les prothèses autres que dentaires.</p>	<p><u>Article 12</u></p> <p>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 seront remboursés après accord du médecin-conseil de l'organisme de gestion et avis éventuel du médecin consultant en stomatologie.</p> <p>Il en est de même pour les appareillages d'orthodontie prévus au chapitre 5, article 5, article 6 de la nomenclature des actes professionnels et toutes les prothèses autres que dentaires.</p>
<p><u>Article 13 – Transports</u></p> <p>Les prestations accordées aux bénéficiaires du présent régime comprennent le remboursement des frais de transport de l'intéressé, de sa résidence habituelle à la formation sanitaire ou à l'établissement hospitalier concerné, quel que soit le moyen d'acheminement et par la voie la plus directe, sur la base de tarifs homologués par la caisse de prévoyance sociale.</p> <p>Ces frais de transport comprennent également le retour de l'intéressé vers sa résidence habituelle après guérison ou décès.</p> <p>En cas d'évacuation sanitaire, la prise en charge des frais de transport aller-retour s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa du présent article.</p>	<p><u>Article 13 – Transports</u></p> <p>Les prestations accordées aux bénéficiaires du présent régime comprennent le remboursement des frais de transport de l'intéressé, de sa résidence habituelle à la formation sanitaire ou à l'établissement hospitalier concerné, quel que soit le moyen d'acheminement et par la voie la plus directe, sur la base de tarifs homologués par la caisse de prévoyance sociale.</p> <p>Ces frais de transport comprennent également le retour de l'intéressé vers sa résidence habituelle après guérison ou décès.</p> <p>En cas d'évacuation sanitaire, la prise en charge des frais de transport aller-retour s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa du présent article.</p>

<p><u>Article 13 bis</u></p> <p>La prise en charge par le régime assurance maladie invalidité des frais de transport aller-retour effectués à l'intérieur du territoire de la Polynésie française et au titre des évacuations sanitaires, est possible, sous réserve que l'autorité ayant décidé l'évacuation fournisse à la caisse de prévoyance sociale le dossier d'assurance maladie constitué et les documents médicaux et administratifs réunis par l'intéressé.</p> <p>Seront également pris en charge au titre du régime assurance maladie-invalidité, les déplacements aller-retour entre les archipels du territoire et Tahiti nécessités par les contrôles périodiques auxquels doivent se soumettre certains malades.</p>	<p><u>Article 13 bis</u></p> <p>La prise en charge par le régime assurance maladie invalidité des frais de transport aller-retour effectués à l'intérieur du territoire de la Polynésie française et au titre des évacuations sanitaires, est possible, sous réserve que l'autorité ayant décidé l'évacuation fournisse à la caisse de prévoyance sociale le dossier d'assurance maladie constitué et les documents médicaux et administratifs réunis par l'intéressé.</p> <p>Seront également pris en charge au titre du régime assurance maladie-invalidité, les déplacements aller-retour entre les archipels du territoire et Tahiti nécessités par les contrôles périodiques auxquels doivent se soumettre certains malades.</p>
<p><u>Article 13 ter</u></p> <p>La prise en charge des frais de transport aller-retour effectués à l'extérieur du territoire de la Polynésie française au titre du régime assurance maladie invalidité, est strictement subordonnée à un avis médical.</p> <p>La prise en charge des frais de transport aller-retour visés à l'article 13 bis et au présent article concerne l'assuré ou l'ayant droit et, sur prescription du service de santé et accord de la Caisse de prévoyance sociale, le convoyeur médical et l'accompagnateur non médical du malade âgé de moins de 16 ans. Des dérogations peuvent être accordées par la Caisse de prévoyance sociale.</p> <p>Par dérogation aux dispositions de l'article 13 <i>in fine</i>, la prise en charge du rapatriement des dépouilles mortelles des évacués sanitaires hors du territoire se fera sur la base des coûts engagés et dans la limite des tarifs aériens.</p>	<p><u>Article 13 ter</u></p> <p>La prise en charge des frais de transport aller-retour effectués à l'extérieur du territoire de la Polynésie française au titre du régime assurance maladie invalidité, est strictement subordonnée à un avis médical.</p> <p>La prise en charge des frais de transport aller-retour visés à l'article 13 bis et au présent article concerne l'assuré ou l'ayant droit et, sur prescription du service de santé et accord de la Caisse de prévoyance sociale, le convoyeur médical et l'accompagnateur non médical du malade âgé de moins de 16 ans. Des dérogations peuvent être accordées par la Caisse de prévoyance sociale.</p> <p>Par dérogation aux dispositions de l'article 13 <i>in fine</i>, la prise en charge du rapatriement des dépouilles mortelles des évacués sanitaires hors du territoire se fera sur la base des coûts engagés et dans la limite des tarifs aériens.</p>

## TITRE II – PRESTATIONS

## Chapitre 1 – Assurance maladie – Longue maladie – Maternité – Soins dentaires

## Section 1 – Prestations assurance maladie – Conditions particulières

<p><u>Article 14</u></p> <p>Outre les conditions d'application prévues aux articles 3, 3.1, l'assuré et ses ayants droit peuvent prétendre aux prestations en nature dès le premier jour de l'hospitalisation ou de soins (y compris les examens complémentaires) dans les conditions prévues aux articles 5 et 13, 15 et 16 du présent texte.</p>	<p><u>Article 14</u></p> <p>Outre les conditions d'application prévues aux articles 3, 3.1, l'assuré et ses ayants droit peuvent prétendre aux prestations en nature dès le premier jour de l'hospitalisation ou de soins (y compris les examens complémentaires) dans les conditions prévues aux articles 5 et 13, 15 et 16 du présent texte.</p>
<p><u>Article 14-1</u></p> <p>En cas d'hospitalisation et quelle que soit la durée de celle-ci, la prise en charge des prestations en nature prévues à la présente délibération s'effectue à 100 % du tarif de responsabilité de la caisse de prévoyance sociale.</p>	<p><u>Article 14-1</u></p> <p>En cas d'hospitalisation et quelle que soit la durée de celle-ci, la prise en charge des prestations en nature prévues à la présente délibération s'effectue à 100 % du tarif de responsabilité de la caisse de prévoyance sociale.</p>
<p><u>Article 15</u></p> <p>Le remboursement des prestations en nature s'effectue à 70 % du tarif de responsabilité de la caisse de prévoyance sociale sauf :</p> <p>1) pour les cas figurant à l'article 14.1 ;</p> <p>2) pour les cas cités ci-après, le remboursement s'effectue à 100 % :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- titulaires d'une rente accidents du travail correspondant à un taux d'incapacité de travail au moins égal à 66 % ;</li> <li>- titulaires d'une pension d'invalidité ou de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ;</li> </ul>	<p><u>Article 15</u></p> <p>Le remboursement des prestations en nature s'effectue à 70 % du tarif de responsabilité de la caisse de prévoyance sociale sauf :</p> <p>1) pour les cas figurant à l'article 14.1 ;</p> <p>2) pour les cas cités ci-après, le remboursement s'effectue à 100 % :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- titulaires d'une rente accidents du travail correspondant à un taux d'incapacité de travail au moins égal à 66 % ;</li> <li>- titulaires d'une pension d'invalidité ou de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- titulaires de l'aide aux vieux travailleurs salariés ;</li> <li>- titulaires d'une pension de retraite anticipée pour inaptitude de médicale ;</li> <li>- enfants de la naissance à la fin de la scolarité obligatoire : <ul style="list-style-type: none"> <li>* enfants prématurés élevés en couveuse ;</li> <li>* nouveau-nés hospitalisés pendant les 30 premiers jours suivant la date d'accouchement ;</li> </ul> </li> <li>- les travailleurs salariés ayant un arrêt de travail supérieur aux 30 jours après avis du médecin conseil ;</li> </ul> <p>3) pour tout examen ou autre intervention et acte prescrit par le service médical de la caisse de prévoyance sociale dans le cadre strict de sa mission.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- titulaires de l'aide aux vieux travailleurs salariés ;</li> <li>- titulaires d'une pension de retraite anticipée pour inaptitude de médicale ;</li> <li>- enfants de la naissance à la fin de la scolarité obligatoire : <ul style="list-style-type: none"> <li>* enfants prématurés élevés en couveuse ;</li> <li>* nouveau-nés hospitalisés pendant les 30 premiers jours suivant la date d'accouchement ;</li> </ul> </li> <li>- les travailleurs salariés ayant un arrêt de travail supérieur aux 30 jours après avis du médecin conseil ;</li> </ul> <p>3) pour tout examen ou autre intervention et acte prescrit par le service médical de la caisse de prévoyance sociale dans le cadre strict de sa mission.</p>
<p><u>Article 16</u></p> <p>Les prestations en nature de l'assurance maladie sont attribuées suivant la réglementation en vigueur.</p> <p>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.</p> <p>En cas d'affectation de longue durée entraînant une cessation de travail de plus de dix huit mois, en plus des prestations légales, une aide pourra être accordée sur le fonds d'action sanitaire et sociale.</p>	<p><u>Article 16</u></p> <p>Les prestations en nature de l'assurance maladie sont attribuées suivant la réglementation en vigueur.</p> <p>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.</p> <p>En cas d'affectation de longue durée entraînant une cessation de travail de plus de dix huit mois, en plus des prestations légales, une aide pourra être accordée sur le fonds d'action sanitaire et sociale.</p>
<p><u>Article 17</u></p> <p>Toutefois, la prise en charge par la branche assurance maladie des indemnités journalières versées à la femme salariée en état de grossesse est limitée à 60 % de la moyenne de la rémunération des trois derniers mois effectivement travaillés, telle que définie à l'article 19 de l'arrêté n° 1336 IT du 28 septembre 1956 modifié portant organisation de la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance-maladie.</p> <p>En ce qui concerne les prestations en nature, les actes éventuels en rapport direct avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches sont remboursables à 100 % à toutes les femmes salariées ou ayant droit, depuis la première constatation de la grossesse jusqu'à la fin du congé post-natal ou une période équivalente pour les femmes non salariées.</p> <p>En cas de licenciement, individuel ou collectif, dû à une cause économique et sous réserve que le salarié licencié soit inscrit comme demandeur d'emploi à l'agence territoriale de l'emploi et de la formation professionnelle, la femme salariée ou l'ayant droit du salarié, enceinte de trois mois, au moins, continuera à bénéficier, au titre des prestations en nature, nonobstant l'article 3-3 de la présente délibération des avantages accordés par celle-ci.</p>	<p><u>Article 17</u></p> <p>Toutefois, la prise en charge par la branche assurance maladie des indemnités journalières versées à la femme salariée en état de grossesse est limitée à 60 % de la moyenne de la rémunération des trois derniers mois effectivement travaillés, telle que définie à l'article 19 de l'arrêté n° 1336 IT du 28 septembre 1956 modifié portant organisation de la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance-maladie.</p> <p>En ce qui concerne les prestations en nature, les actes éventuels en rapport direct avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches sont remboursables à 100 % à toutes les femmes salariées ou ayant droit, depuis la première constatation de la grossesse jusqu'à la fin du congé post-natal ou une période équivalente pour les femmes non salariées.</p> <p>En cas de licenciement, individuel ou collectif, dû à une cause économique et sous réserve que le salarié licencié soit inscrit comme demandeur d'emploi à l'agence territoriale de l'emploi et de la formation professionnelle, la femme salariée ou l'ayant droit du salarié, enceinte de trois mois, au moins, continuera à bénéficier, au titre des prestations en nature, nonobstant l'article 3-3 de la présente délibération des avantages accordés par celle-ci.</p>
<p><u>Article 18</u></p> <p>L'assurance longue maladie garantit aux bénéficiaires l'attribution de prestations en nature et aux seuls assurés des prestations en espèces, dans une limite de trois années consécutives.</p> <p>Le bénéfice des prestations longue maladie est réservé aux malades atteints d'une des affections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tuberculose évolutive sous toutes ses formes ;</li> <li>- maladie de Hansen ;</li> <li>- poliomyélite antérieure aiguë et ses séquelles ;</li> <li>- sarcoïdose ;</li> <li>- tumeurs malignes, y compris les tumeurs des tissus lymphatiques et hématopoïétiques ;</li> </ul>	<p><u>Article 18</u></p> <p>L'assurance longue maladie garantit aux bénéficiaires l'attribution de prestations en nature et aux seuls assurés des prestations en espèces, dans une limite de trois années consécutives.</p> <p>Le bénéfice des prestations longue maladie est réservé aux malades atteints d'une des affections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tuberculose évolutive sous toutes ses formes ;</li> <li>- maladie de Hansen ;</li> <li>- poliomyélite antérieure aiguë et ses séquelles ;</li> <li>- sarcoïdose ;</li> <li>- tumeurs malignes, y compris les tumeurs des tissus lymphatiques et hématopoïétiques ;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- cancers et leucémies ;</li> <li>- diabète ;</li> <li>- anémie, perniciose ;</li> <li>- hémophilie ;</li> <li>- maladies mentales (psychoses, névroses graves et invalidantes, troubles graves de la personnalité) sur proposition du médecin spécialiste ;</li> <li>- maladies cérébro-vasculaires ;</li> <li>- sclérose en plaques ;</li> <li>- maladie de Parkinson ;</li> <li>- paraplégies ;</li> <li>- infarctus du myocarde ;</li> <li>- hypertension maligne ;</li> <li>- néphrites et syndromes néphrotiques subaigus ou chroniques graves ;</li> <li>- spondylite ankylosante ;</li> <li>- polyarthrite chronique évolutive ;</li> <li>- troubles neuromusculaires (myopathie, amyotrophie congénitale) ;</li> <li>- fibrose kystique (mucoviscidose) ;</li> <li>- malformations cardiaques à caractère congénital ;</li> <li>- épilepsie ;</li> <li>- maladie de Bouillaud (R.A.A.) et ses complications ;</li> <li>- insuffisance respiratoire chronique grave ;</li> <li>- artériopathies chroniques ;</li> <li>- psoriasis.</li> </ul> <p>Toutefois, pourront être considérées comme longues maladies, sur proposition motivée du médecin conseil, certaines affections nécessitant un arrêt de travail ou des soins de plus de six mois. Par soins continus, il faut entendre des soins dispensés avec une périodicité obligatoire et un temps minimum réputés nécessaires à l'obtention d'un résultat thérapeutique acceptable et en dehors desquels une incidence vitale serait inéluctable.</p> <p>Les bénéficiaires du régime de prévoyance sociale sont transférés au présent régime jusqu'à la fin de l'affection prise en charge.</p> <p>Tous les enfants bénéficiaires du régime assurance, maladie-invalidité atteints de handicaps sévères au plan physique ou mental et nécessitant de ce fait des traitements prolongés ou onéreux pourront bénéficier d'une prise en charge totale au titre de la longue maladie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cancers et leucémies ;</li> <li>- diabète ;</li> <li>- anémie, perniciose ;</li> <li>- hémophilie ;</li> <li>- maladies mentales (psychoses, névroses graves et invalidantes, troubles graves de la personnalité) sur proposition du médecin spécialiste ;</li> <li>- maladies cérébro-vasculaires ;</li> <li>- sclérose en plaques ;</li> <li>- maladie de Parkinson ;</li> <li>- paraplégies ;</li> <li>- infarctus du myocarde ;</li> <li>- hypertension maligne ;</li> <li>- néphrites et syndromes néphrotiques subaigus ou chroniques graves ;</li> <li>- spondylite ankylosante ;</li> <li>- polyarthrite chronique évolutive ;</li> <li>- troubles neuromusculaires (myopathie, amyotrophie congénitale) ;</li> <li>- fibrose kystique (mucoviscidose) ;</li> <li>- malformations cardiaques à caractère congénital ;</li> <li>- épilepsie ;</li> <li>- maladie de Bouillaud (R.A.A.) et ses complications ;</li> <li>- insuffisance respiratoire chronique grave ;</li> <li>- artériopathies chroniques ;</li> <li>- psoriasis.</li> </ul> <p>Toutefois, pourront être considérées comme longues maladies, sur proposition motivée du médecin conseil, certaines affections nécessitant un arrêt de travail ou des soins de plus de six mois. Par soins continus, il faut entendre des soins dispensés avec une périodicité obligatoire et un temps minimum réputés nécessaires à l'obtention d'un résultat thérapeutique acceptable et en dehors desquels une incidence vitale serait inéluctable.</p> <p>Les bénéficiaires du régime de prévoyance sociale sont transférés au présent régime jusqu'à la fin de l'affection prise en charge.</p> <p>Tous les enfants bénéficiaires du régime assurance, maladie-invalidité atteints de handicaps sévères au plan physique ou mental et nécessitant de ce fait des traitements prolongés ou onéreux pourront bénéficier d'une prise en charge totale au titre de la longue maladie.</p>
<p><u>Article 19</u></p> <p>Les prestations prévues à l'article précédent sont attribuées pour une durée fixée par le directeur de l'organisme de gestion, après avis du médecin-conseil et qui peut être prolongée par des décisions ultérieures prises dans la même forme, jusqu'à la fin de la troisième année consécutive.</p> <p>Des prolongations exceptionnelles pourront être accordées sur avis du médecin-conseil de la Caisse de prévoyance sociale.</p> <p>En ce qui concerne la tuberculose, les malades doivent être obligatoirement suivis au centre de lutte contre la tuberculose. La poursuite d'un traitement de blanchiment régulier pourra, sur proposition du centre de lutte contre la tuberculose, entraîner l'attribution d'une aide en nature, après enquête du service social de la caisse de prévoyance sociale, révocable immédiatement en cas d'inobservation des prescriptions médicales ou arrêt de soins.</p>	<p><u>Article 19</u></p> <p>Les prestations prévues à l'article précédent sont attribuées pour une durée fixée par le directeur de l'organisme de gestion, après avis du médecin-conseil et qui peut être prolongée par des décisions ultérieures prises dans la même forme, jusqu'à la fin de la troisième année consécutive.</p> <p>Des prolongations exceptionnelles pourront être accordées sur avis du médecin-conseil de la Caisse de prévoyance sociale.</p> <p>En ce qui concerne la tuberculose, les malades doivent être obligatoirement suivis au centre de lutte contre la tuberculose. La poursuite d'un traitement de blanchiment régulier pourra, sur proposition du centre de lutte contre la tuberculose, entraîner l'attribution d'une aide en nature, après enquête du service social de la caisse de prévoyance sociale, révocable immédiatement en cas d'inobservation des prescriptions médicales ou arrêt de soins.</p>

<p>Les maladies mentales devront être traitées par le centre d'hygiène mentale.</p> <p>La maladie de Hansen devra être traitée par le service spécialisé.</p> <p>Les prestations en espèces sont celles prévues aux autres assurances. Elles sont réservées aux seuls assurés et ne pourront être inférieures au SMIG. Toutefois, le paiement n'interviendra qu'à l'issue de la période pendant laquelle l'employeur est tenu de verser au travailleur dans la limite normale de préavis une indemnité égale au montant de sa rémunération pendant la durée de l'absence conformément aux dispositions de l'article 7 alinéa 1 première phrase de la délibération n° 75-38 du 13 février 1975. Des majorations de 0,1 SMIG par enfant à charge au titre des allocations familiales seront versées, ainsi que les allocations familiales jusqu'à guérison constatée.</p> <p>Lorsque les sommes dues ne pourraient être versées directement à l'intéressé en raison de son état, celles-ci seront versées au conjoint ou toute autre personne désignée, soit par procuration, soit par le juge des tutelles.</p>	<p>Les maladies mentales devront être traitées par le centre d'hygiène mentale.</p> <p>La maladie de Hansen devra être traitée par le service spécialisé.</p> <p>Les prestations en espèces sont celles prévues aux autres assurances. Elles sont réservées aux seuls assurés et ne pourront être inférieures au SMIG. Toutefois, le paiement n'interviendra qu'à l'issue de la période pendant laquelle l'employeur est tenu de verser au travailleur dans la limite normale de préavis une indemnité égale au montant de sa rémunération pendant la durée de l'absence conformément aux dispositions de l'article 7 alinéa 1 première phrase de la délibération n° 75-38 du 13 février 1975. Des majorations de 0,1 SMIG par enfant à charge au titre des allocations familiales seront versées, ainsi que les allocations familiales jusqu'à guérison constatée.</p> <p>Lorsque les sommes dues ne pourraient être versées directement à l'intéressé en raison de son état, celles-ci seront versées au conjoint ou toute autre personne désignée, soit par procuration, soit par le juge des tutelles.</p>
<p><u>Article 20</u></p> <p>L'assuré, au cours de la période où il est couvert au titre de l'assurance longue maladie, ne supporte aucune participation, jusqu'à concurrence des tarifs homologués par arrêté du chef du territoire, en conseil de gouvernement, aux frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation.</p>	<p><u>Article LP 20</u></p> <p>L'assuré <b>ou le bénéficiaire</b>, au cours de la période où il est couvert au titre de l'assurance longue maladie, ne supporte aucune participation, <del>jusqu'à concurrence des tarifs homologués par arrêté du chef du territoire, en conseil de gouvernement,</del> aux frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, et d'hospitalisation, <b>aux frais d'acquisition et de renouvellement des produits de santé ou des produits et prestations remboursables, uniquement lorsque ces frais sont en rapport direct avec l'affection reconnue comme longue maladie, à concurrence des tarifs de responsabilité de l'organisme de gestion.</b></p> <p><i>Toutefois, cette exonération totale n'est pas applicable aux honoraires de consultation ou de visite d'un médecin remboursés selon un taux fixé par arrêté pris en conseil des ministres.</i></p> <p><i>Elle n'est pas applicable aux maladies intercurrentes dont les soins sont remboursés conformément aux dispositions du régime assurance maladie.</i></p>
<p><b>TITRE II – PRESTATIONS</b></p> <p>Chapitre 1 – Assurance maladie – Longue maladie – Maternité – Soins dentaires</p> <p><b>Section 4 – Prestations assurance chirurgie – Conditions particulières</b></p>	
<p><u>Article 21</u></p> <p>Les interventions chirurgicales sont remboursées à un taux de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 70 % pour un acte inférieur à K 40 ;</li> <li>- 100 % pour un acte supérieur ou égal à K 40.</li> </ul>	<p><u>Article 21</u></p> <p>Les interventions chirurgicales sont remboursées à un taux de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 70 % pour un acte inférieur à K 40 ;</li> <li>- 100 % pour un acte supérieur ou égal à K 40.</li> </ul>
<p><b>TITRE II – PRESTATIONS</b></p> <p>Chapitre 1 – Assurance maladie – Longue maladie – Maternité – Soins dentaires</p> <p><b>Section 5 – Prise en charge – Entente préalable – Notification</b></p>	
<p><u>Article 22</u></p> <p>Dans tous les services médicaux hospitaliers relevant de la direction de la santé publique et centre hospitalier territorial, comme dans tous les établissements de soins privés qui ont passé une convention avec la caisse prévoyance sociale, les remboursements dus par la caisse de prévoyance sociale pour ses bénéficiaires s'effectuent sous la forme du tiers payant.</p>	<p><u>Article 22</u></p> <p>Dans tous les services médicaux hospitaliers relevant de la direction de la santé publique et centre hospitalier territorial, comme dans tous les établissements de soins privés qui ont passé une convention avec la caisse prévoyance sociale, les remboursements dus par la caisse de prévoyance sociale pour ses bénéficiaires s'effectuent sous la forme du tiers payant.</p>

Il en sera de même pour tous les actes de spécialités onéreux dont la nomenclature fera l'objet d'un arrêté en conseil des ministres pris sur proposition du conseil d'administration de la caisse de prévoyance sociale et sous réserve de convention passée entre la caisse de prévoyance et les prestataires de soins privés.	Il en sera de même pour tous les actes de spécialités onéreux dont la nomenclature fera l'objet d'un arrêté en conseil des ministres pris sur proposition du conseil d'administration de la caisse de prévoyance sociale et sous réserve de convention passée entre la caisse de prévoyance et les prestataires de soins privés.
<b>TITRE II – PRESTATIONS</b> <b>Chapitre 2 – Assurance invalidité</b>	
<u>Article 25 (articles 23 et 24 abrogés)</u>  L'assurance invalidité est instituée au profit de tous les assurés visés à l'article 1 <sup>er</sup> de la présente délibération atteints d'une incapacité de travail au moins égale à 70%.	<u>Article 25 (articles 23 et 24 abrogés)</u>  L'assurance invalidité est instituée au profit de tous les assurés visés à l'article 1 <sup>er</sup> de la présente délibération atteints d'une incapacité de travail au moins égale à 70%.
<u>Article 26</u>  L'assuré doit déposer une demande de pension d'invalidité qui, pour être recevable, doit être présentée dans le délai de douze mois ;  - soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces prévues par les assurances longue maladie, chirurgie ou maladie du présent régime ; - soit après stabilisation de son état dans les cas de maladie n'ayant pas donné lieu à prestations ; - soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme.  L'état d'invalidité est apprécié par le médecin-conseil de l'organisme de gestion en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physique et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle. Cet état d'invalidité est soumis à contrôle et éventuellement à révision. L'assuré seul peut être admis au bénéfice de l'assurance d'invalidité.	<u>Article 26</u>  L'assuré doit déposer une demande de pension d'invalidité qui, pour être recevable, doit être présentée dans le délai de douze mois ;  - soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces prévues par les assurances longue maladie, chirurgie ou maladie du présent régime ; - soit après stabilisation de son état dans les cas de maladie n'ayant pas donné lieu à prestations ; - soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme.  L'état d'invalidité est apprécié par le médecin-conseil de l'organisme de gestion en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physique et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle. Cet état d'invalidité est soumis à contrôle et éventuellement à révision. L'assuré seul peut être admis au bénéfice de l'assurance d'invalidité.
<u>Article 27</u>  La pension est toujours concédée à titre temporaire. Elle a effet à compter de la réception de la demande.  Les pensions d'invalidité sont payables mensuellement à terme échu.	<u>Article 27</u>  La pension est toujours concédée à titre temporaire. Elle a effet à compter de la réception de la demande.  Les pensions d'invalidité sont payables mensuellement à terme échu.
<u>Article 28</u>  En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés en deux groupes :  1°) – Invalides incapables d'exercer une activité professionnelle ; 2°) – Invalides incapables d'exercer une activité professionnelle 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.	<u>Article 28</u>  En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés en deux groupes :  1°) – Invalides incapables d'exercer une activité professionnelle ; 2°) – Invalides incapables d'exercer une activité professionnelle 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.
<u>Article 29</u>  Pour les invalides du premier groupe, la pension mensuelle de base est égale à 50 % du salaire effectivement perçu, dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance maladie, pendant les 12 mois ayant précédé l'interruption du travail suivie d'invalidité, sans pour autant être inférieure au minimum vieillesse.  Pour les invalides du deuxième groupe, la pension annuelle, calculée comme indiquée ci-dessus, est majorée du salaire minimum annuel garanti. Cette majoration n'est pas versée pendant les mois complets d'hospitalisation.	<u>Article 29</u>  Pour les invalides du premier groupe, la pension mensuelle de base est égale à 50 % du salaire effectivement perçu, dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance maladie, pendant les 12 mois ayant précédé l'interruption du travail suivie d'invalidité, sans pour autant être inférieure au minimum vieillesse.  Pour les invalides du deuxième groupe, la pension annuelle, calculée comme indiquée ci-dessus, est majorée du salaire minimum annuel garanti. Cette majoration n'est pas versée pendant les mois complets d'hospitalisation.

<p>Sont exclus du bénéfice de l'assurance invalidité, les états pathologiques couverts par les accidents du travail et maladies professionnelles. Mais si l'état du crédientier se trouve aggravé jusqu'à l'incapacité totale, du fait d'éléments nouveaux non imputables au traumatisme ou à l'affection indemnisée, il peut prétendre à une pension d'invalidité cumulable avec toute autre rente, dans la limite du salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle.</p>	<p>Sont exclus du bénéfice de l'assurance invalidité, les états pathologiques couverts par les accidents du travail et maladies professionnelles. Mais si l'état du crédientier se trouve aggravé jusqu'à l'incapacité totale, du fait d'éléments nouveaux non imputables au traumatisme ou à l'affection indemnisée, il peut prétendre à une pension d'invalidité cumulable avec toute autre rente, dans la limite du salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle.</p>
<p><u>Article 30</u></p> <p>La pension d'invalidité prend fin à l'âge de cinquante ans. Elle est remplacée à partir du trimestre suivant cet âge par la pension vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail.</p> <p>La pension vieillesse ne peut être inférieure à la pension d'invalidité dont bénéficiait l'invalidé.</p> <p>Les assujettis qui ne pourraient après application de l'article 18 prétendre à retraite, pourront bénéficier d'une aide égale à celle résultant du régime de l'aide aux vieux travailleurs ou d'un régime de remplacement.</p>	<p><u>Article 30</u></p> <p>La pension d'invalidité prend fin à l'âge de cinquante ans. Elle est remplacée à partir du trimestre suivant cet âge par la pension vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail.</p> <p>La pension vieillesse ne peut être inférieure à la pension d'invalidité dont bénéficiait l'invalidé.</p> <p>Les assujettis qui ne pourraient après application de l'article 18 prétendre à retraite, pourront bénéficier d'une aide égale à celle résultant du régime de l'aide aux vieux travailleurs ou d'un régime de remplacement.</p>
<p><u>Article 31 – Revalorisation de pensions</u></p> <p>Le conseil d'administration de l'organisme de gestion fixe chaque année, d'après le rapport de l'indice annuel moyen de cherté de vie de l'année écoulée et de l'année considérée, les coefficients de revalorisation applicables aux pensions déjà liquidées.</p>	<p><u>Article 31 – Revalorisation de pensions</u></p> <p>Le conseil d'administration de l'organisme de gestion fixe chaque année, d'après le rapport de l'indice annuel moyen de cherté de vie de l'année écoulée et de l'année considérée, les coefficients de revalorisation applicables aux pensions déjà liquidées.</p>
<p><b>TITRE II – PRESTATIONS</b>  <b>Chapitre 3 – Dispositions communes</b>  <b>Section 1 – Libre choix des médecins et soins</b></p>	
<p><u>Article 32</u></p> <p>Le malade choisit librement son praticien sous réserve que celui-ci n'ait pas fait l'objet d'un retrait d'agrément.</p> <p>Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien sauf lorsque le malade ne peut se déplacer.</p> <p>Lorsque les soins sont dispensés hors du territoire, les prestations en nature des assurances maladie, longue maladie et maternité sont servies conformément aux dispositions des articles 5 à 5-6.</p>	<p><u>Article 32</u></p> <p>Le malade choisit librement son praticien sous réserve que celui-ci n'ait pas fait l'objet d'un retrait d'agrément.</p> <p>Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien sauf lorsque le malade ne peut se déplacer.</p> <p>Lorsque les soins sont dispensés hors du territoire, les prestations en nature des assurances maladie, longue maladie et maternité sont servies conformément aux dispositions des articles 5 à 5-6.</p>
<p><b>TITRE II – PRESTATIONS</b>  <b>Chapitre 3 – Dispositions communes</b>  <b>Section 2 – Obligation des bénéficiaires</b></p>	
<p><u>Article 33</u></p> <p>L'attribution des diverses prestations est subordonnée à l'obligation pour l'assuré ou le bénéficiaire du régime :</p> <p>1°) - de se conformer aux traitements, ordonnances et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant ;</p> <p>2°) - de se soumettre aux visites médicales et contrôles administratifs effectués par l'organisme de gestion ;</p> <p>3°) - 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.</p>	<p><u>Article 33</u></p> <p>L'attribution des diverses prestations est subordonnée à l'obligation pour l'assuré ou le bénéficiaire du régime :</p> <p>1°) - de se conformer aux traitements, ordonnances et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant ;</p> <p>2°) - de se soumettre aux visites médicales et contrôles administratifs effectués par l'organisme de gestion ;</p> <p>3°) - 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.</p>

<p>En cas d'inobservation de ces obligations, le directeur de l'organisme de gestion peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.</p> <p>Les diverses prestations seront maintenues en tout ou en partie, en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est de nature à favoriser la guérison du travailleur. En aucun cas, le montant total des prestations maintenues et du salaire perçu ne pourra dépasser le salaire servant au décompte des prestations en espèces.</p>	<p>En cas d'inobservation de ces obligations, le directeur de l'organisme de gestion peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.</p> <p>Les diverses prestations seront maintenues en tout ou en partie, en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est de nature à favoriser la guérison du travailleur. En aucun cas, le montant total des prestations maintenues et du salaire perçu ne pourra dépasser le salaire servant au décompte des prestations en espèces.</p>
<p><u>Article 34</u></p> <p>Ne donnent lieu à aucune prestation en espèce les maladies, les blessures ou l'invalidité résultant de la faute inexcusable ou intentionnelle de l'assuré.</p> <p>En cas de faute intentionnelle de l'assuré ou du bénéficiaire tout service de prestations est supprimé.</p>	<p><u>Article 34</u></p> <p>Ne donnent lieu à aucune prestation en espèce les maladies, les blessures ou l'invalidité résultant de la faute inexcusable ou intentionnelle de l'assuré.</p> <p>En cas de faute intentionnelle de l'assuré ou du bénéficiaire tout service de prestations est supprimé.</p>
<p><b>TITRE II – PRESTATIONS</b>  <b>Chapitre 3 – Dispositions communes</b>  <b>Section 3 – Obligation des médecins et des chirurgiens-dentistes</b></p>	
<p><u>Article 35</u></p> <p>Les médecins et les chirurgiens-dentistes 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.</p> <p>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.</p> <p>En cas d'inobservation de ces dispositions ou d'abus constatés au cours des contrôles, l'avertissement ou le retrait d'agrément pourront être prononcés à leur encontre.</p>	<p><u>Article 35</u></p> <p>Les médecins et les chirurgiens-dentistes 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.</p> <p>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.</p> <p>En cas d'inobservation de ces dispositions ou d'abus constatés au cours des contrôles, l'avertissement ou le retrait d'agrément pourront être prononcés à leur encontre.</p>
<p><b>TITRE II – PRESTATIONS</b>  <b>Chapitre 3 – Dispositions communes</b>  <b>Section 4 – Contrôles</b></p>	
<p><u>Article 36 – Contrôle administratif</u></p> <p>La caisse confie à ses agents ou à ceux du service des affaires sociales le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et l'observation des traitements ordonnés par le praticien.</p>	<p><u>Article 36 – Contrôle administratif</u></p> <p>La caisse confie à ses agents ou à ceux du service des affaires sociales le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et l'observation des traitements ordonnés par le praticien.</p>
<p><u>Article 36 bis – Contrôle médical</u></p> <p>La caisse doit également 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, sur la prévention de l'invalidité et la possibilité de réadaptation fonctionnelle.</p> <p>Le contrôle médical est également chargé du contrôle de la durée d'hospitalisation.</p> <p>Il est interdit à tous les médecins de la caisse de prévoyance sociale de pratiquer en clientèle privée.</p>	<p><u>Article 36 bis – Contrôle médical</u></p> <p>La caisse doit également 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, sur la prévention de l'invalidité et la possibilité de réadaptation fonctionnelle.</p> <p>Le contrôle médical est également chargé du contrôle de la durée d'hospitalisation.</p> <p>Il est interdit à tous les médecins de la caisse de prévoyance sociale de pratiquer en clientèle privée.</p>

TITRE II – PRESTATIONS Chapitre 3 – Dispositions communes Section 5 – Agrément	
<p><u>Article 37</u></p> <p>Les docteurs en médecine et les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les docteurs en chirurgie dentaire, inscrits au Conseil de l'ordre ou servant au titre de la santé publique, sont agréés <i>ipso facto</i> par le directeur de l'organisme de gestion, à condition toutefois que le praticien ne fasse pas l'objet d'une sanction temporaire en cours, ou définitive, d'interdiction de donner ses soins aux assurés sociaux, prononcée par une juridiction ordinaire.</p> <p>Les demandes d'agrément formulées par les auxiliaires médicaux et les directeurs de clinique font l'objet d'un examen particulier et sont prononcées par le conseil d'administration, sur avis motivé du médecin-conseil.</p>	<p><u>Article 37</u></p> <p>Les docteurs en médecine et les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les docteurs en chirurgie dentaire, inscrits au Conseil de l'ordre ou servant au titre de la santé publique, sont agréés <i>ipso facto</i> par le directeur de l'organisme de gestion, à condition toutefois que le praticien ne fasse pas l'objet d'une sanction temporaire en cours, ou définitive, d'interdiction de donner ses soins aux assurés sociaux, prononcée par une juridiction ordinaire.</p> <p>Les demandes d'agrément formulées par les auxiliaires médicaux et les directeurs de clinique font l'objet d'un examen particulier et sont prononcées par le conseil d'administration, sur avis motivé du médecin-conseil.</p>
TITRE II – PRESTATIONS Chapitre 3 – Dispositions communes Section 6 – Avertissement – Blâme – Retrait d'agrément	
<p><u>Article 38</u></p> <p>Les fautes, abus et fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des médecins et chirurgiens-dentistes à l'occasion des soins dispensés aux assurés et aux bénéficiaires de la C.P.S., pourront être soumis pour avis de la commission mixte paritaire.</p> <p><u>Article 38-1</u></p> <p>La commission mixte paritaire se réunit sur saisine de la Caisse de prévoyance sociale et doit rendre son avis, au plus tard, dans un délai de trois mois de sa saisine.</p> <p>Le directeur de la Caisse de prévoyance sociale adresse à chacun des membres une convocation par écrit, huit jours au moins à l'avance.</p> <p>La commission mixte paritaire est composée de deux sections : une section médicale et une section dentaire.</p> <p>Chacune des sections comprend huit membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour la section médicale : 4 médecins de la C.P.S. désignés par le directeur de cet organisme, un représentant du conseil de l'ordre des médecins, le directeur de la santé publique ou son représentant et 2 médecins désignés par le syndicat des médecins.</li> <li>- pour la section dentaire : 4 médecins ou dentistes de la C.P.S. désignés par le directeur de cet organisme, 2 dentistes désignés par le syndicat des chirurgiens-dentistes, un dentiste représentant le conseil de l'ordre des dentistes et le directeur de la santé publique.</li> </ul> <p>Chacune des sections est présidée par l'un des médecins ou dentistes de la C.P.S.</p> <p>La commission peut faire appel à des experts.</p> <p>Elle peut valablement délibérer lorsque la moitié des membres qui la composent est réunie.</p> <p>Toutes les décisions sont prises à la majorité simple. Le président a voix prépondérante en cas de partage.</p>	<p><u>Article 38</u></p> <p>Les fautes, abus et fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des médecins et chirurgiens-dentistes à l'occasion des soins dispensés aux assurés et aux bénéficiaires de la C.P.S., pourront être soumis pour avis de la commission mixte paritaire.</p> <p><u>Article 38-1</u></p> <p>La commission mixte paritaire se réunit sur saisine de la Caisse de prévoyance sociale et doit rendre son avis, au plus tard, dans un délai de trois mois de sa saisine.</p> <p>Le directeur de la Caisse de prévoyance sociale adresse à chacun des membres une convocation par écrit, huit jours au moins à l'avance.</p> <p>La commission mixte paritaire est composée de deux sections : une section médicale et une section dentaire.</p> <p>Chacune des sections comprend huit membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour la section médicale : 4 médecins de la C.P.S. désignés par le directeur de cet organisme, un représentant du conseil de l'ordre des médecins, le directeur de la santé publique ou son représentant et 2 médecins désignés par le syndicat des médecins.</li> <li>- pour la section dentaire : 4 médecins ou dentistes de la C.P.S. désignés par le directeur de cet organisme, 2 dentistes désignés par le syndicat des chirurgiens-dentistes, un dentiste représentant le conseil de l'ordre des dentistes et le directeur de la santé publique.</li> </ul> <p>Chacune des sections est présidée par l'un des médecins ou dentistes de la C.P.S.</p> <p>La commission peut faire appel à des experts.</p> <p>Elle peut valablement délibérer lorsque la moitié des membres qui la composent est réunie.</p> <p>Toutes les décisions sont prises à la majorité simple. Le président a voix prépondérante en cas de partage.</p>

Les moyens de fonctionnement de la commission mixte paritaire sont mis en place par la C.P.S.	Les moyens de fonctionnement de la commission mixte paritaire sont mis en place par la C.P.S.
<u>Article 38-2</u>	<u>Article 38-2</u>
La commission mixte paritaire peut proposer à la C.P.S. les sanctions suivantes :	La commission mixte paritaire peut proposer à la C.P.S. les sanctions suivantes :
<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'avertissement ;</li> <li>- le retrait d'agrément et, dans ce dernier cas, la commission donne son avis sur la durée de la sanction.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'avertissement ;</li> <li>- le retrait d'agrément et, dans ce dernier cas, la commission donne son avis sur la durée de la sanction.</li> </ul>
Aucune hiérarchisation des sanctions n'est imposée aux membres de la commission qui décident de la mesure à proposer, selon la gravité des faits reprochés.	Aucune hiérarchisation des sanctions n'est imposée aux membres de la commission qui décident de la mesure à proposer, selon la gravité des faits reprochés.
<u>Article 38-3</u>	<u>Article 38-3</u>
L'avertissement ou la demande de retrait d'agrément ne pourront être prononcés qu'après que le médecin ou le dentiste à qui des fautes ou des abus ont été reprochés, aient été mis en mesure de présenter leur défense oralement ou par écrit.	L'avertissement ou la demande de retrait d'agrément ne pourront être prononcés qu'après que le médecin ou le dentiste à qui des fautes ou des abus ont été reprochés, aient été mis en mesure de présenter leur défense oralement ou par écrit.
Ils peuvent se faire assister ou se faire représenter par toutes personnes de leur choix.	Ils peuvent se faire assister ou se faire représenter par toutes personnes de leur choix.
Ils sont convoqués par lettre recommandée avec accusé de réception. S'ils ne se présentent pas à la convocation et s'ils ne justifient pas d'un empêchement excusable, la commission peut statuer sur dossier.	Ils sont convoqués par lettre recommandée avec accusé de réception. S'ils ne se présentent pas à la convocation et s'ils ne justifient pas d'un empêchement excusable, la commission peut statuer sur dossier.
<u>Article 38-4</u>	<u>Article 38-4</u>
Le directeur de la Caisse de prévoyance sociale peut, après avis de la commission mixte paritaire, prononcer l'avertissement ou le retrait d'agrément.	Le directeur de la Caisse de prévoyance sociale peut, après avis de la commission mixte paritaire, prononcer l'avertissement ou le retrait d'agrément.
La sanction prononcée sera notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.	La sanction prononcée sera notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.
Le retrait d'agrément peut être temporaire ou définitif. Il devra faire l'objet d'une publication.	Le retrait d'agrément peut être temporaire ou définitif. Il devra faire l'objet d'une publication.
Le retrait d'agrément temporaire ne peut être prononcé que pour une durée maximale d'un an.	Le retrait d'agrément temporaire ne peut être prononcé que pour une durée maximale d'un an.
Le retrait d'agrément définitif ne peut être prononcé que si le médecin ou le dentiste incriminé ont déjà fait l'objet d'une sanction.	Le retrait d'agrément définitif ne peut être prononcé que si le médecin ou le dentiste incriminé ont déjà fait l'objet d'une sanction.
Le retrait d'agrément aura pour effet d'interdire le remboursement des actes médicaux réalisés ainsi que la prise en charge des prescriptions ordonnées par le praticien sanctionné.	Le retrait d'agrément aura pour effet d'interdire le remboursement des actes médicaux réalisés ainsi que la prise en charge des prescriptions ordonnées par le praticien sanctionné.
<b>TITRE II – PRESTATIONS</b>	
<b>Chapitre 3 – Dispositions communes</b>	
<b>Section 7 – Expertise</b>	
<u>Article 39 – Expertise médicale</u>	<u>Article 39 – Expertise médicale</u>
Dans tous les cas où il y a désaccord sur l'état de l'assuré ou du bénéficiaire entre le médecin conseil de la caisse et le médecin traitant, il est procédé à un nouvel examen par un médecin expert agréé choisi sur une liste dressée par le chef du territoire en conseil de gouvernement.	Dans tous les cas où il y a désaccord sur l'état de l'assuré ou du bénéficiaire entre le médecin conseil de la caisse et le médecin traitant, il est procédé à un nouvel examen par un médecin expert agréé choisi sur une liste dressée par le chef du territoire en conseil de gouvernement.
L'expert ne peut être ni un médecin de la caisse, ni le médecin traitant, ni le médecin attaché à l'entreprise.	L'expert ne peut être ni un médecin de la caisse, ni le médecin traitant, ni le médecin attaché à l'entreprise.

<p>Faute d'accord du médecin traitant et du médecin conseil sur le choix du médecin expert, ce dernier est choisi par l'inspecteur du travail et des lois sociales, après avis du chef du service de santé.</p> <p>L'expert convoque sans délai le malade ou se rend a son chevet ; il est tenu de remettre son rapport à la caisse 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 le cas de circonstances spéciales justifiant une prolongation de délai.</p> <p>L'avis de l'expert n'est pas susceptible de recours.</p>	<p>Faute d'accord du médecin traitant et du médecin conseil sur le choix du médecin expert, ce dernier est choisi par l'inspecteur du travail et des lois sociales, après avis du chef du service de santé.</p> <p>L'expert convoque sans délai le malade ou se rend a son chevet ; il est tenu de remettre son rapport à la caisse 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 le cas de circonstances spéciales justifiant une prolongation de délai.</p> <p>L'avis de l'expert n'est pas susceptible de recours.</p>
<p><b>TITRE II – PRESTATIONS</b>  <b>Chapitre 3 – Dispositions communes</b>  <b>Section 7 – Frais funéraires</b></p>	
<p><u>Article 39 bis</u></p> <p>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.</p> <p>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 Caisse de prévoyance sociale. Dans les cas d'évacuations sanitaires, la prise en charge peut être effectuée par tiers payant.</p> <p>En cas de décès d'un ouvrant-droit à l'extérieur du territoire de la Polynésie française, la Caisse supporte les frais de rapatriement des restes mortels, par le moyen le plus économique.</p>	<p><u>Article 39 bis</u></p> <p>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.</p> <p>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 Caisse de prévoyance sociale. Dans les cas d'évacuations sanitaires, la prise en charge peut être effectuée par tiers payant.</p> <p>En cas de décès d'un ouvrant-droit à l'extérieur du territoire de la Polynésie française, la Caisse supporte les frais de rapatriement des restes mortels, par le moyen le plus économique.</p>
<p><u>Article 39 ter</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 39 ter</u></p> <p>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.</p>
<p><b>TITRE III – DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES</b></p>	
<p><u>Article 40</u></p> <p>La gestion administrative et financière du présent régime d'assurance maladie invalidité est assurée par la caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française.</p> <p>Les statuts de ladite caisse et son règlement intérieur seront complétés et modifiés de manière à tenir compte des nouvelles attributions qui lui sont confiées.</p> <p>Les règles de fonctionnement du régime d'assurance maladie invalidité, objet de la présente délibération, ses dispositions financières et comptables, les conditions de contrôle et de contentieux, de participation au fonds d'action sanitaire et sociale, de recouvrement des cotisations, de tutelle administrative de contrôle financier, sont celles applicables aux autres gestions de la caisse de prévoyance sociale, de même que les dispositions concernant le personnel et notamment l'obligation de discrétion professionnelle. Ce régime de prévoyance est géré en compte distinct.</p>	<p><u>Article 40</u></p> <p>La gestion administrative et financière du présent régime d'assurance maladie invalidité est assurée par la caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française.</p> <p>Les statuts de ladite caisse et son règlement intérieur seront complétés et modifiés de manière à tenir compte des nouvelles attributions qui lui sont confiées.</p> <p>Les règles de fonctionnement du régime d'assurance maladie invalidité, objet de la présente délibération, ses dispositions financières et comptables, les conditions de contrôle et de contentieux, de participation au fonds d'action sanitaire et sociale, de recouvrement des cotisations, de tutelle administrative de contrôle financier, sont celles applicables aux autres gestions de la caisse de prévoyance sociale, de même que les dispositions concernant le personnel et notamment l'obligation de discrétion professionnelle. Ce régime de prévoyance est géré en compte distinct.</p>

<p>Les résultats excédentaires seront affectés, chaque année, par délibération du conseil d'administration de l'organisme de gestion, au profit du fonds de réserve de la gestion. Ce fonds de réserve sera éventuellement utilisé selon la même procédure à financer les résultats déficitaires.</p>	<p>Les résultats excédentaires seront affectés, chaque année, par délibération du conseil d'administration de l'organisme de gestion, au profit du fonds de réserve de la gestion. Ce fonds de réserve sera éventuellement utilisé selon la même procédure à financer les résultats déficitaires.</p>
<p><u>Article 41</u></p> <p>Le financement du présent régime est assuré par des cotisations à la charge des employeurs, des salariés et des titulaires d'une pension de retraite.</p> <p>La répartition des cotisations s'effectue selon la formule suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la somme des cotisations = cotisation des retraités + cotisation des actifs (employeurs et salariés) ;</li> <li>- la cotisation des actifs est à la charge des employeurs pour 2/3 et à la charge des salariés pour 1/3.</li> </ul> <p>Un arrêté en conseil des ministres, pris après avis du conseil d'administration de la caisse de prévoyance sociale détermine pour le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, les plafonds mensuels de rémunérations salariées et des revenus et les différents taux à retenir pour le calcul de l'ensemble des cotisations.</p>	<p><u>Article 41</u></p> <p>Le financement du présent régime est assuré par des cotisations à la charge des employeurs, des salariés et des titulaires d'une pension de retraite <b>ou de réversion</b>.</p> <p><b>La répartition des cotisations s'effectue selon la formule suivante :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>- la somme des cotisations = cotisation des retraités + cotisation des actifs (employeurs et salariés) ;</b></li> <li><b>- la cotisation des actifs est à la charge des employeurs pour 2/3 et à la charge des salariés pour 1/3.</b></li> </ul> <p><b>Les cotisations assises sur les rémunérations et gains des travailleurs salariés et assimilés sont réparties entre les employeurs et les salariés.</b></p> <p><b>Cette répartition s'opère à raison de deux tiers (2/3) à la charge des employeurs et d'un tiers (1/3) à la charge des salariés.</b></p> <p><b>L'assiette des cotisations des titulaires d'une pension de retraite ou de réversion servie par la Caisse de prévoyance sociale au titre des régimes de retraite des travailleurs salariés est constituée par le montant de leur pension et bonifications dans la limite du plafond mensuel de rémunérations salariées.</b></p> <p><b>Sont exonérés de cotisations, les titulaires de pension de retraite ou de réversion dont le montant de la pension et ses bonifications est inférieur ou égal au montant du revenu minimum garanti aux personnes âgées.</b></p> <p><b>Les cotisations sur les pensions de retraite et de réversion sont précomptées lors de chaque versement par la Caisse de prévoyance sociale.</b></p> <p>Un arrêté en conseil des ministres, pris après avis du conseil d'administration de la caisse de prévoyance sociale détermine pour le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, les plafonds mensuels de rémunérations salariées et des revenus et les différents taux à retenir pour le calcul de l'ensemble des cotisations.</p>
<p><b>TITRE IV – RECOURS – PRESCRIPTION – PÉNALITÉS</b>  <b>Section 1 – Recours de la caisse</b></p>	
<p><u>Article 42</u></p> <p>Lorsque, sans entrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, l'accident ou la blessure dont l'assuré 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.</p> <p>L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident.</p>	<p><u>Article 42</u></p> <p>Lorsque, sans entrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, l'accident ou la blessure dont l'assuré 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.</p> <p>L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident.</p>

<p>La victime ou ses ayants droit doivent appeler la caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement.</p>	<p>La victime ou ses ayants droit doivent appeler la caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement.</p>
<p>A défaut de l'indication de la qualité de l'assuré ou de l'appel en déclaration de jugement commun, la nullité du jugement sur le fonds 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.</p>	<p>A défaut de l'indication de la qualité de l'assuré ou de l'appel en déclaration de jugement commun, la nullité du jugement sur le fonds 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.</p>
<p>L'assuré 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 la caisse.</p>	<p>L'assuré 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 la caisse.</p>
<p>Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré 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.</p>	<p>Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré 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.</p>
<p>Lorsque le tiers responsable ou sa compagnie d'assurances a versé l'indemnité à sa charge et lorsque les droits ont été ouverts, l'assuré est considéré comme ayant bénéficié des prestations, même si l'organisme de gestion ne les a pas versées effectivement.</p>	<p>Lorsque le tiers responsable ou sa compagnie d'assurances a versé l'indemnité à sa charge et lorsque les droits ont été ouverts, l'assuré est considéré comme ayant bénéficié des prestations, même si l'organisme de gestion ne les a pas versées effectivement.</p>
<p><u>Article 42-1</u></p>	<p><u>Article 42-1</u></p>
<p>Le bénéfice de l'assistance judiciaire est accordé de plein droit à la victime ou à ses ayants-droit, tant en première instance qu'en appel.</p>	<p>Le bénéfice de l'assistance judiciaire est accordé de plein droit à la victime ou à ses ayants-droit, tant en première instance qu'en appel.</p>
<p>Le bénéfice de l'assistance judiciaire s'étend de plein droit à tous les actes d'exécution mobilière ou immobilière et à toute contestation relative à l'exécution des décisions judiciaires.</p>	<p>Le bénéfice de l'assistance judiciaire s'étend de plein droit à tous les actes d'exécution mobilière ou immobilière et à toute contestation relative à l'exécution des décisions judiciaires.</p>
<p><b>TITRE IV – RECOURS – PRESCRIPTION – PÉNALITÉS</b> <i>Section 2 – Prescription</i></p>	
<p><u>Article 43</u></p>	<p><u>Article 43</u></p>
<p>L'action de l'assuré 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.</p>	<p>L'action de l'assuré 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.</p>
<p>Toutefois, des dérogations pourront être rapportées à ce délai sur décision de l'organisme de gestion.</p>	<p>Toutefois, des dérogations pourront être rapportées à ce délai sur décision de l'organisme de gestion.</p>
<p><b>TITRE IV – RECOURS – PRESCRIPTION – PÉNALITÉS</b> <i>Section 3 – Pénalités</i></p>	
<p><u>Article 44</u></p>	<p><u>Article 44</u></p>
<p>Sera puni d'une amende de 361 à 1000 francs métropolitains et de 11 jours à 1 mois d'emprisonnement, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque se rend coupable de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir les prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.</p>	<p>Sera puni d'une amende de 361 à 1000 francs métropolitains et de 11 jours à 1 mois d'emprisonnement, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque se rend coupable de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir les prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.</p>
<p><u>Article 45</u></p>	<p><u>Article 45</u></p>
<p>Sera puni d'une amende de 361 à 1000 francs métropolitains et de 11 jours à 1 mois d'emprisonnement, ou de l'une de ces deux peines seulement, 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.</p>	<p>Sera puni d'une amende de 361 à 1000 francs métropolitains et de 11 jours à 1 mois d'emprisonnement, ou de l'une de ces deux peines seulement, 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.</p>
<p>En cas de récidive dans le délai d'une année, l'emprisonnement sera toujours prononcé.</p>	<p>En cas de récidive dans le délai d'une année, l'emprisonnement sera toujours prononcé.</p>

<p><u>Article 46</u></p> <p>Sera puni d'une amende de 1001 à 2000 francs métropolitains et de 1 mois et 1 jour à 2 mois d'emprisonnement, ou de l'une de ces deux peines seulement, 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, nomment dans une clinique ou cabinet médical ou officine de pharmacie.</p>	<p><u>Article 46</u></p> <p>Sera puni d'une amende de 1001 à 2000 francs métropolitains et de 1 mois et 1 jour à 2 mois d'emprisonnement, ou de l'une de ces deux peines seulement, 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, nomment dans une clinique ou cabinet médical ou officine de pharmacie.</p>
<p><u>Article 47</u></p> <p>Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction.</p>	<p><u>Article 47</u></p> <p>Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction.</p>
<p><u>Article 48</u></p> <p>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 2000 à 3000 francs métropolitains et de 2 mois et 1 jour à 3 mois d'emprisonnement, ou de l'une de ces deux peines seulement, sans préjudice de plus fortes peines, s'il y échet.</p>	<p><u>Article 48</u></p> <p>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 2000 à 3000 francs métropolitains et de 2 mois et 1 jour à 3 mois d'emprisonnement, ou de l'une de ces deux peines seulement, sans préjudice de plus fortes peines, s'il y échet.</p>
<b>TITRE V – DISPOSITIONS FINALES</b>	
<p><u>Article 49 – Prestations familiales et retraites</u></p> <p>Pendant les périodes d'arrêt de travail médicalement justifiées, l'assuré bénéficiaire du présent régime conservera ses droits aux prestations familiales. Il pourra bénéficier de l'attribution de points de retraite gratuits sur la base du dernier salaire déclaré.</p>	<p><u>Article 49 – Prestations familiales et retraites</u></p> <p>Pendant les périodes d'arrêt de travail médicalement justifiées, l'assuré bénéficiaire du présent régime conservera ses droits aux prestations familiales. Il pourra bénéficier de l'attribution de points de retraite gratuits sur la base du dernier salaire déclaré.</p>
<p><u>Article 50</u></p> <p>Les dispositions de la présente délibération, qui annulent toutes dispositions antérieures contraires ou moins favorables, sont applicables pour compter du 1<sup>er</sup> mai 1974.</p>	<p><u>Article 50</u></p> <p>Les dispositions de la présente délibération, qui annulent toutes dispositions antérieures contraires ou moins favorables, sont applicables pour compter du 1<sup>er</sup> mai 1974.</p>
<p><u>Article 51</u></p> <p>La présente délibération est prise pour servir et valoir ce que de droit.</p>	<p><u>Article 51</u></p> <p>La présente délibération est prise pour servir et valoir ce que de droit.</p>

**Tableau comparatif des modifications apportées par le présent projet de loi du pays à la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 modifiée instituant le régime d'assurance maladie des personnes non-salariées**

Dispositions de la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 modifiée	Modifications proposées
<b>TITRE 1 – CHAMP D'APPLICATION</b> <b>Chapitre 1 – Assujettissement</b>	
<p><u>Article 1<sup>er</sup></u></p> <p>Il est institué au profit des personnes non salariées un régime de prévoyance qui, dans les conditions définies par la présente délibération, comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'assurance maladie (prestations en nature et prestations en espèces) ;</li> <li>- l'assurance longue maladie ;</li> <li>- l'assurance maternité.</li> </ul>	<p><u>Article 1<sup>er</sup></u></p> <p>Il est institué au profit des personnes non salariées un régime de prévoyance qui, dans les conditions définies par la présente délibération, comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'assurance maladie (prestations en nature et prestations en espèces) ;</li> <li>- l'assurance longue maladie ;</li> <li>- l'assurance maternité.</li> </ul>
<p><u>Article 2</u></p> <p>Sont assurées obligatoirement les personnes non salariées dont le revenu moyen brut mensuel individuel ou du couple (marié ou concubin), déclaré sur une base annuelle, est égal ou supérieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (S.M.I.G.), lorsqu'elles résident sur le territoire depuis plus de six mois d'une façon continue et ne sont pas affiliées à un régime obligatoire ou à un système d'assurance privée offrant des prestations en nature au moins équivalentes à celles du présent régime.</p> <p>Outre l'assurance maladie, les prestations en nature au moins équivalentes d'un contrat d'assurance privée, comprennent obligatoirement les prestations identiques au régime des non-salariés relative à la longue maladie, l'hospitalisation, les évacuations sanitaires et la maternité, incluant les modalités de tiers payant.</p>	<p><u>Article 2</u></p> <p>Sont assurées obligatoirement les personnes non salariées dont le revenu moyen brut mensuel individuel ou du couple (marié ou concubin), déclaré sur une base annuelle, est égal ou supérieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (S.M.I.G.), lorsqu'elles résident sur le territoire depuis plus de six mois d'une façon continue et ne sont pas affiliées à un régime obligatoire ou à un système d'assurance privée offrant des prestations en nature au moins équivalentes à celles du présent régime.</p> <p>Outre l'assurance maladie, les prestations en nature au moins équivalentes d'un contrat d'assurance privée, comprennent obligatoirement les prestations identiques au régime des non-salariés relative à la longue maladie, l'hospitalisation, les évacuations sanitaires et la maternité, incluant les modalités de tiers payant.</p>
<p><u>Article 2-1</u></p> <p>L'affiliation au régime des non-salariés peut être demandée par la personne non salariée qui ne remplit pas la condition de résidence visée à l'article précédent.</p> <p>Dans ce cas, l'affiliation prend effet au jour de la réception de la demande d'affiliation par l'organisme de gestion.</p>	<p><u>Article 2-1</u></p> <p>L'affiliation au régime des non-salariés peut être demandée par la personne non salariée qui ne remplit pas la condition de résidence visée à l'article précédent.</p> <p>Dans ce cas, l'affiliation prend effet au jour de la réception de la demande d'affiliation par l'organisme de gestion.</p>
<p><u>Article 3</u></p> <p>Sont ayants droit pour les avantages en nature, sans être astreints à cotisation :</p> <p>a) le conjoint ou le concubin non adultérin de l'assuré, sous réserve qu'il ne soit pas couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie-maternité.</p> <p>L'état de concubin est acquis après deux ans de concubinage non adultérin ; il est annuellement certifié par un document établi par le maire de la commune de résidence, selon le modèle fixé par arrêté du conseil des ministres n° 1386 CM du 14 décembre 1990.</p> <p>Pour l'application du présent régime, le concubin notoire ci-dessus défini est assimilé au conjoint.</p> <p>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</p>	<p><u>Article 3</u></p> <p>Sont ayants droit pour les avantages en nature, sans être astreints à cotisation :</p> <p>a) le conjoint ou le concubin non adultérin de l'assuré, sous réserve qu'il ne soit pas couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie-maternité.</p> <p>L'état de concubin est acquis après deux ans de concubinage non adultérin ; il est annuellement certifié par un document établi par le maire de la commune de résidence, selon le modèle fixé par arrêté du conseil des ministres n° 1386 CM du 14 décembre 1990.</p> <p>Pour l'application du présent régime, le concubin notoire ci-dessus défini est assimilé au conjoint.</p> <p>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</p>

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.	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.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**TITRE 1 – CHAMP D'APPLICATION**  
**Chapitre 2 – Droits aux prestations**

<p><u>Article 4</u></p> <p>Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'affiliation. Toutefois, pour l'assuré visé à l'article 2-1, il n'est ouvert qu'à l'expiration d'un délai de trois mois, sauf dérogation de l'organisme de gestion.</p> <p>Les conditions d'ouverture du droit aux prestations sont appréciées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à la date des soins (prestations en nature) ;</li> <li>- à la date de l'arrêt de travail (prestations en espèces).</li> </ul> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 4</u></p> <p>Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'affiliation. Toutefois, pour l'assuré visé à l'article 2-1, il n'est ouvert qu'à l'expiration d'un délai de trois mois, sauf dérogation de l'organisme de gestion.</p> <p>Les conditions d'ouverture du droit aux prestations sont appréciées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à la date des soins (prestations en nature) ;</li> <li>- à la date de l'arrêt de travail (prestations en espèces).</li> </ul> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p><u>Article 4-1</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 4-1</u></p> <p>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.</p>
<p><u>Article 5 – Droits aux prestations en nature</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 5 – Droits aux prestations en nature</u></p> <p>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.</p>
<p><u>Article 5-1</u></p> <p>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 en est 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.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 5-1</u></p> <p>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 en est 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.</p> <p>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.</p>

<p><u>Article 5-2</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 5-2</u></p> <p>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.</p>
<p><u>Article 5-3</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 5-3</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p><u>Article 6 – Droit aux prestations en espèces</u></p> <p>Pour avoir droit aux indemnités journalières, l'assuré doit être à jour de ses cotisations.</p>	<p><u>Article 6 – Droit aux prestations en espèces</u></p> <p>Pour avoir droit aux indemnités journalières, l'assuré doit être à jour de ses cotisations.</p>
<p><u>Article 6-1</u></p> <p>Par ailleurs, l'attribution des diverses prestations est subordonnée à l'obligation pour l'assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'apporter la preuve de la perte de revenus professionnels prévue à l'article 21-1 ;</li> <li>- 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 ;</li> <li>- 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.</li> </ul>	<p><u>Article 6-1</u></p> <p>Par ailleurs, l'attribution des diverses prestations est subordonnée à l'obligation pour l'assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'apporter la preuve de la perte de revenus professionnels prévue à l'article 21-1 ;</li> <li>- 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 ;</li> <li>- 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.</li> </ul>
<p><u>Article 6-2</u></p> <p>Ces obligations peuvent faire l'objet de vérifications par les agents de contrôle de l'organisme de gestion.</p>	<p><u>Article 6-2</u></p> <p>Ces obligations peuvent faire l'objet de vérifications par les agents de contrôle de l'organisme de gestion.</p>
<p><b>TITRE II – PRESTATIONS</b> <b>Chapitre 1 – Dispositions communes</b></p>	
<p><u>Article 7</u></p> <p>Les assurances maladie, maternité et longue maladie offrent des prestations en nature aux bénéficiaires et des prestations en espèces aux seuls ouvrants droits.</p> <p>Les dispositions communes à ces diverses assurances sont définies ci-après et complétées par des dispositions particulières à chaque assurance.</p>	<p><u>Article 7</u></p> <p>Les assurances maladie, maternité et longue maladie offrent des prestations en nature aux bénéficiaires et des prestations en espèces aux seuls ouvrants droits.</p> <p>Les dispositions communes à ces diverses assurances sont définies ci-après et complétées par des dispositions particulières à chaque assurance.</p>
<p><b>TITRE II – PRESTATIONS</b> <b>Chapitre 2 – Des prestations en nature</b></p>	
<p><u>Article 7-1</u></p> <p>Les prestations en nature sont constituées par le remboursement total ou partiel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des frais engagés par le bénéficiaire chez un praticien, un auxiliaire médical, un pharmacien, un fournisseur d'appareillage ;</li> <li>- des frais de laboratoire, d'hospitalisation, de traitement et de</li> </ul>	<p><u>Article 7-1</u></p> <p>Les prestations en nature sont constituées par le remboursement total ou partiel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des frais engagés par le bénéficiaire chez un praticien, un auxiliaire médical, un pharmacien, un fournisseur d'appareillage ;</li> <li>- des frais de laboratoire, d'hospitalisation, de traitement et de</li> </ul>

<p>transport.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Donnent lieu également à prise en charge, les articles figurant au tarif interministériel des prestations sanitaires (T.I.P.S.).</p>	<p>transport.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Donnent lieu également à prise en charge, les articles figurant au tarif interministériel des prestations sanitaires (T.I.P.S.).</p>
<p><u>Article 8</u></p> <p>Les frais d'appareillage sont pris en charge, sans participation des bénéficiaires, sur la base des tarifs homologués par la sécurité sociale ou l'organisme de gestion, avec entente préalable.</p> <p>Les conditions de prise en charge initiale des frais de réparation et de renouvellement des appareils seront définies par référence au tarif interministériel des prestations sanitaires (T.I.P.S.), ou par voie de convention avec les fournisseurs.</p> <p>Pour les autres fournitures visées au dernier alinéa de l'article 7, la prise en charge s'effectue sur la base des tarifs homologués par l'organisme de gestion ou des tarifs d'autorité.</p> <p>Pour les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, les prothèses dentaires seront prise en charge à 100 % du tarif de responsabilité ; dans les autres cas, elles restent entièrement à la charge des assurés.</p>	<p><u>Article 8</u></p> <p>Les frais d'appareillage sont pris en charge, sans participation des bénéficiaires, sur la base des tarifs homologués par la sécurité sociale ou l'organisme de gestion, avec entente préalable.</p> <p>Les conditions de prise en charge initiale des frais de réparation et de renouvellement des appareils seront définies par référence au tarif interministériel des prestations sanitaires (T.I.P.S.), ou par voie de convention avec les fournisseurs.</p> <p>Pour les autres fournitures visées au dernier alinéa de l'article 7, la prise en charge s'effectue sur la base des tarifs homologués par l'organisme de gestion ou des tarifs d'autorité.</p> <p>Pour les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, les prothèses dentaires seront prise en charge à 100 % du tarif de responsabilité ; dans les autres cas, elles restent entièrement à la charge des assurés.</p>
<p><u>Article 9 – Frais de lunetterie</u></p> <p>La lunetterie comprend la monture, les verres de correction optique, les matériels pour amblyopie et les lentilles de contact réutilisables pendant une durée supérieure à six mois à condition qu'elles procurent au malade une correction supérieure à celle que peuvent donner des verres optiques et ce, dans les cas de kératocône, aphakie unilatérale, amétropie de l'ordre de 12 dioptries, anisométrie à 3 dioptries non corrigéable par lunette et astigmatisme irrégulier.</p> <p>La prise en charge des verres teintés est subordonnée à la procédure d'entente préalable. Cette prise en charge ne peut avoir lieu que dans les indications médicales suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- affections oculaires : conjonctivites intenses, kératites, iritis, cataractes, centrales ou congénitales, rétinopathies ;</li> <li>- myopies fortes lorsqu'elles s'accompagnent de photophobie ;</li> <li>- à titre exceptionnel, certaines photophobies, lorsqu'elles n'entrent pas dans le cadre des affections ci-dessus.</li> </ul> <p>La prise en charge des verres pour les enfants avant leur 16e anniversaire est assurée après entente préalable. Seuls les verres organiques sont pris en charge.</p>	<p><u>Article 9 – Frais de lunetterie</u></p> <p>La lunetterie comprend la monture, les verres de correction optique, les matériels pour amblyopie et les lentilles de contact réutilisables pendant une durée supérieure à six mois à condition qu'elles procurent au malade une correction supérieure à celle que peuvent donner des verres optiques et ce, dans les cas de kératocône, aphakie unilatérale, amétropie de l'ordre de 12 dioptries, anisométrie à 3 dioptries non corrigéable par lunette et astigmatisme irrégulier.</p> <p>La prise en charge des verres teintés est subordonnée à la procédure d'entente préalable. Cette prise en charge ne peut avoir lieu que dans les indications médicales suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- affections oculaires : conjonctivites intenses, kératites, iritis, cataractes, centrales ou congénitales, rétinopathies ;</li> <li>- myopies fortes lorsqu'elles s'accompagnent de photophobie ;</li> <li>- à titre exceptionnel, certaines photophobies, lorsqu'elles n'entrent pas dans le cadre des affections ci-dessus.</li> </ul> <p>La prise en charge des verres pour les enfants avant leur 16e anniversaire est assurée après entente préalable. Seuls les verres organiques sont pris en charge.</p>

Les éléments de lunetterie autres que ceux indiqués ci-dessus (prismes...) peuvent être remboursés sur prescription médicale et après accord préalable du médecin-conseil de la Caisse de prévoyance sociale.

Les frais de lunetterie sont remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire fixé par le conseil d'administration du régime des non-salariés.

A défaut de tarif forfaitaire fixé par le conseil d'administration du régime des non-salariés, le remboursement se fait de la façon suivante :

- pour les verres de correction optique uniquement, sur la base des tarifs homologués par la Caisse de prévoyance sociale et sur prescription médicale, au taux de 70 % pour les enfants scolarisés jusqu'à 21 ans et au taux de 100 % pour le traitement des troubles de la réfraction post-chirurgicaux et les cas d'aphakie.

Dans l'attente des tarifs homologués, la lunetterie peut faire l'objet d'une prise en charge sur la base des factures présentées avec l'accord préalable du médecin-conseil de la Caisse de prévoyance sociale.

La fréquence de renouvellement de la prise en charge est fixée à deux ans.

Par exception :

- pour les enfants scolarisés jusqu'à 16 ans, la prise en charge peut être renouvelée chaque année ;
- en cas de modification de vision, le renouvellement des verres peut intervenir sans délai sur prescription médicale.

Les années sont des années civiles.

Article 10

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.

Article 11

Donnent lieu également à remboursement :

- les circoncisions rituelles sur la base d'un tarif forfaitaire égal à K 10 ;
- 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 médicalement reconnues.
- en tiers payant à 100 % du tarif forfaitaire fixé par arrêté pris en conseil des ministres, les interruptions volontaires de grossesse.

Les éléments de lunetterie autres que ceux indiqués ci-dessus (prismes...) peuvent être remboursés sur prescription médicale et après accord préalable du médecin-conseil de la Caisse de prévoyance sociale.

Les frais de lunetterie sont remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire fixé par le conseil d'administration du régime des non-salariés.

A défaut de tarif forfaitaire fixé par le conseil d'administration du régime des non-salariés, le remboursement se fait de la façon suivante :

- pour les verres de correction optique uniquement, sur la base des tarifs homologués par la Caisse de prévoyance sociale et sur prescription médicale, au taux de 70 % pour les enfants scolarisés jusqu'à 21 ans et au taux de 100 % pour le traitement des troubles de la réfraction post-chirurgicaux et les cas d'aphakie.

Dans l'attente des tarifs homologués, la lunetterie peut faire l'objet d'une prise en charge sur la base des factures présentées avec l'accord préalable du médecin-conseil de la Caisse de prévoyance sociale.

La fréquence de renouvellement de la prise en charge est fixée à deux ans.

Par exception :

- pour les enfants scolarisés jusqu'à 16 ans, la prise en charge peut être renouvelée chaque année ;
- en cas de modification de vision, le renouvellement des verres peut intervenir sans délai sur prescription médicale.

Les années sont des années civiles.

Article 10

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.

Article 11

Donnent lieu également à remboursement :

- les circoncisions rituelles sur la base d'un tarif forfaitaire égal à K 10 ;
- 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 médicalement reconnues.
- en tiers payant à 100 % du tarif forfaitaire fixé par arrêté pris en conseil des ministres, les interruptions volontaires de grossesse.

<p><u>Article 12</u></p> <p>Sont exclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les soins esthétiques ;</li> <li>- les actes en rapport avec la fécondation in-vitro ;</li> <li>- les actes d'échographie exécutés par des praticiens non spécialisés dans ce domaine et par des praticiens ne justifiant pas d'un stage validé d'au moins un an.</li> </ul>	<p><u>Article 12</u></p> <p>Sont exclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les soins esthétiques ;</li> <li>- les actes en rapport avec la fécondation in-vitro ;</li> <li>- les actes d'échographie exécutés par des praticiens non spécialisés dans ce domaine et par des praticiens ne justifiant pas d'un stage validé d'au moins un an.</li> </ul>
<p><u>Article 13</u></p> <p>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).</p>	<p><u>Article 13</u></p> <p>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).</p>
<p><u>Art. 14</u> -. Abrogé</p>	<p><u>Article LP 14</u></p> <p><b><i>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.</i></b></p> <p><b><i>Cette prise en charge s'effectue sur entente préalable de l'organisme 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.</i></b></p>
	<p><u>Article LP 14-1</u></p> <p><b><i>La durée de l'hébergement pris en charge ne peut excéder trois (3) jours.</i></b></p> <p><b><i>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.</i></b></p>
	<p><u>Article LP 14-2</u></p> <p><b><i>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.</i></b></p>
<p><u>Article 15</u></p> <p>Lorsque les soins sont dispensés hors du territoire aux bénéficiaires, les prestations en nature des assurances instituées par la présente délibération sont servies.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 15</u></p> <p>Lorsque les soins sont dispensés hors du territoire aux bénéficiaires, les prestations en nature des assurances instituées par la présente délibération sont servies.</p> <p>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.</p>
<p><u>Article 16</u></p> <p>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.</p> <p>Toutefois, il sera procédé, sous forme de tiers payant, à la prise en charge</p>	<p><u>Article 16</u></p> <p>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.</p> <p>Toutefois, il sera procédé, sous forme de tiers payant, à la prise en charge</p>

<p>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.</p> <p>Lorsque les soins sont dispensés en France métropolitaine, dans un département ou dans un territoire d'outre-mer, 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.</p> <p>Dans tous les cas, à l'exception de l'évacuation sanitaire, les frais de transport sont à la charge du bénéficiaire des soins.</p>	<p>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.</p> <p>Lorsque les soins sont dispensés en France métropolitaine, dans un département ou dans un territoire d'outre-mer, 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.</p> <p>Dans tous les cas, à l'exception de l'évacuation sanitaire, les frais de transport sont à la charge du bénéficiaire des soins.</p>
<p><u>Article 17</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 17</u></p> <p>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.</p>
<p><u>Article 18</u></p> <p>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.</p> <p>Les déplacements interinsulaires non urgents, nécessaires pour raison médicale, sont pris en charge par le régime après accord préalable de l'organisme de gestion ». Toutefois, ceux en rapport avec les séances de dialyse peuvent faire l'objet d'une prise en charge mensuelle sur entente préalable.</p>	<p><u>Article 18</u></p> <p>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.</p> <p>Les déplacements interinsulaires non urgents, nécessaires pour raison médicale, sont pris en charge par le régime après accord préalable de l'organisme de gestion ». Toutefois, ceux en rapport avec les séances de dialyse peuvent faire l'objet d'une prise en charge mensuelle sur entente préalable.</p>
<p><u>Article 19</u></p> <p>La prise en charge des frais de transport aller-retour effectué à l'extérieur du territoire de la Polynésie française est strictement subordonnée à un avis médical donné par la commission des évacuations sanitaires.</p>	<p><u>Article 19</u></p> <p>La prise en charge des frais de transport aller-retour effectué à l'extérieur du territoire de la Polynésie française est strictement subordonnée à un avis médical donné par la commission des évacuations sanitaires.</p>
<p><u>Article 20</u></p> <p>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.</p> <p>La prise en charge du rapatriement des dépouilles mortelles des évacués sanitaires hors du territoire se fera sur la base des coûts engagés et dans la limite des tarifs aériens.</p>	<p><u>Article 20</u></p> <p>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.</p> <p>La prise en charge du rapatriement des dépouilles mortelles des évacués sanitaires hors du territoire se fera sur la base des coûts engagés et dans la limite des tarifs aériens.</p>
<p><u>Article 21</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Dans le cas des bénéficiaires de l'assurance maladie qui, à la suite d'une</p>	<p><u>Article 21</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Dans le cas des bénéficiaires de l'assurance maladie qui, à la suite d'une</p>

<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**TITRE II – PRESTATIONS**

**Chapitre 3 – Des prestations en espèces**

<p><u>Article 21-1</u></p> <p>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".</p>	<p><u>Article 21-1</u></p> <p>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".</p>
<p><u>Article 21-2</u></p> <p>Les indemnités journalières prévues par le présent régime sont versées à partir du quinzième jour d'arrêt qui suit le point de départ de l'incapacité de travail dans les conditions ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour les 2 premiers arrêts maladie dans l'année civile ;</li> <li>- 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 ;</li> <li>- en cas d'hospitalisation de l'assuré.</li> </ul> <p>À compter du troisième arrêt maladie, l'indemnisation est versée à partir du trentième jour d'arrêt qui suit le point de départ de l'incapacité de travail.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 21-2</u></p> <p>Les indemnités journalières prévues par le présent régime sont versées à partir du quinzième jour d'arrêt qui suit le point de départ de l'incapacité de travail dans les conditions ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour les 2 premiers arrêts maladie dans l'année civile ;</li> <li>- 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 ;</li> <li>- en cas d'hospitalisation de l'assuré.</li> </ul> <p>À compter du troisième arrêt maladie, l'indemnisation est versée à partir du trentième jour d'arrêt qui suit le point de départ de l'incapacité de travail.</p> <p>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.</p>
<p><u>Article 21-3</u></p> <p>Le montant des indemnités journalières est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50 % du revenu professionnel soumis à cotisation, pour l'assurance maladie ;</li> <li>- le gain journalier servant de base au calcul de cette indemnité journalière est égal au 30e du revenu professionnel soumis à cotisation.</li> </ul> <p>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.</p>	<p><u>Article 21-3</u></p> <p>Le montant des indemnités journalières est fixé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50 % du revenu professionnel soumis à cotisation, pour l'assurance maladie ;</li> <li>- le gain journalier servant de base au calcul de cette indemnité journalière est égal au 30e du revenu professionnel soumis à cotisation.</li> </ul> <p>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.</p>
<p><u>Article 21-4</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 21-4</u></p> <p>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.</p>
<p><u>Article 21-5</u></p> <p>Les prestations instituées par la présente délibération sont incessibles et insaisissables, sauf pour le paiement des cotisations.</p>	<p><u>Article 21-5</u></p> <p>Les prestations instituées par la présente délibération sont incessibles et insaisissables, sauf pour le paiement des cotisations.</p>

TITRE II – PRESTATIONS Chapitre 4 – Conditions particulières Section 1 – Prestations assurance maladie	
<p><u>Article 22</u></p> <p>Le régime procède au remboursement des prestations en nature à 70 % de son tarif de responsabilité.</p> <p>Le régime prend en charge les hospitalisations à 100 % dudit tarif.</p>	<p><u>Article 22</u></p> <p>Le régime procède au remboursement des prestations en nature à 70 % de son tarif de responsabilité.</p> <p>Le régime prend en charge les hospitalisations à 100 % dudit tarif.</p>
TITRE II – PRESTATIONS Chapitre 4 – Conditions particulières Section 2 – Prestations assurance maternité	
<p><u>Article 23</u></p> <p>Les prestations dues à la femme en état de grossesse sont des prestations en nature.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 23</u></p> <p>Les prestations dues à la femme en état de grossesse sont des prestations en nature.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
TITRE II – PRESTATIONS Chapitre 4 – Conditions particulières Section 3 – Prestations assurance longue maladie	
<p><u>Article 24</u></p> <p>L'assurance longue maladie garantit aux bénéficiaires l'attribution de prestations en nature.</p> <p>Le bénéfice des prestations longue maladie est réservé aux malades atteints d'une des affections prévues au régime des salariés.</p> <p>Pourront également être considérées comme longues maladies, sur proposition du médecin-conseil, certaines affections nécessitant des soins continus de plus de six mois.</p> <p>Par soins continus, il faut entendre des soins dispensés avec une périodicité obligatoire et un temps minimum réputés nécessaires à l'obtention d'un résultat thérapeutique acceptable et en dehors desquels une incidence vitale serait inéluctable.</p>	<p><u>Article 24</u></p> <p>L'assurance longue maladie garantit aux bénéficiaires l'attribution de prestations en nature.</p> <p>Le bénéfice des prestations longue maladie est réservé aux malades atteints d'une des affections prévues au régime des salariés.</p> <p>Pourront également être considérées comme longues maladies, sur proposition du médecin-conseil, certaines affections nécessitant des soins continus de plus de six mois.</p> <p>Par soins continus, il faut entendre des soins dispensés avec une périodicité obligatoire et un temps minimum réputés nécessaires à l'obtention d'un résultat thérapeutique acceptable et en dehors desquels une incidence vitale serait inéluctable.</p>
<p><u>Article 25</u></p> <p>Le bénéficiaire, au cours de la période où il est couvert au titre de l'assurance longue maladie, ne supporte aucune participation aux frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, à concurrence des tarifs de responsabilité de l'organisme de gestion.</p>	<p><u>Article LP 25</u></p> <p><b>L'assuré ou</b> le bénéficiaire, au cours de la période où il est couvert au titre de l'assurance longue maladie, ne supporte aucune participation aux frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, <b>et</b> d'hospitalisation <b>à concurrence des tarifs de responsabilité de l'organisme de gestion, aux frais d'acquisition et de renouvellement des produits de santé ou des produits et prestations remboursables, uniquement lorsque ces frais sont en rapport direct avec l'affection reconnue comme longue maladie, à concurrence des tarifs de responsabilité de l'organisme de gestion.</b></p> <p><i>Toutefois, cette exonération totale n'est pas applicable aux honoraires de consultation ou de visite d'un médecin, remboursés selon un taux fixé par arrêté pris en conseil des ministres.</i></p>

	<i>Elle n'est pas applicable aux maladies intercurrentes dont les soins sont remboursés conformément aux dispositions du régime assurance maladie.</i>
<b>TITRE II – PRESTATIONS</b>	
<b>Chapitre 5 – Prise en charge – Entente préalable – Notification</b>	
<u>Article 26</u>  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 et qui ont passé une convention avec l'organisme de gestion, les remboursements dus 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.	<u>Article 26</u>  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 et qui ont passé une convention avec l'organisme de gestion, les remboursements dus 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.
<u>Article 27</u>  Les actes précisés à l'article 26 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.	<u>Article 27</u>  Les actes précisés à l'article 26 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.
<b>TITRE III – DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	
<b>Section 1 - Libre choix des médecins et soins</b>	
<u>Article 28</u>  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.	<u>Article 28</u>  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.
<b>TITRE III – DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	
<b>Section 2 – Obligations des bénéficiaires</b>	
<u>Article 29</u>  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.	<u>Article 29</u>  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.

<b>TITRE III – DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	
<i>Section 3 – Obligations des médecins, des chirurgiens-dentistes des sages-femmes et des auxiliaires médicaux</i>	
<p><u>Article 30</u></p> <p>Les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux 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.</p> <p>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.</p> <p>En cas de inobservation de ces obligations, ou d'abus constatés au cours de ces contrôles, l'avertissement ou le retrait d'agrément pourra être prononcé à leur rencontre.</p> <p>Lorsque le versement d'une prestation en nature indue résulte de l'inobservation de la nomenclature générale des actes professionnels, ou de la facturation d'un acte non effectué, l'organisme de gestion recouvre auprès du professionnel de santé l'indu correspondant. Pour son recouvrement, l'indu est assimilé à une cotisation.</p>	<p><u>Article 30</u></p> <p>Les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux 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.</p> <p>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.</p> <p>En cas de inobservation de ces obligations, ou d'abus constatés au cours de ces contrôles, l'avertissement ou le retrait d'agrément pourra être prononcé à leur rencontre.</p> <p>Lorsque le versement d'une prestation en nature indue résulte de l'inobservation de la nomenclature générale des actes professionnels, ou de la facturation d'un acte non effectué, l'organisme de gestion recouvre auprès du professionnel de santé l'indu correspondant. Pour son recouvrement, l'indu est assimilé à une cotisation.</p>
<b>TITRE III – DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	
<i>Section 4 – Contrôle</i>	
<p><u>Article 31</u></p> <p>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.</p> <p>Le contrôle médical est également chargé du contrôle de la durée d'hospitalisation.</p>	<p><u>Article 31</u></p> <p>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.</p> <p>Le contrôle médical est également chargé du contrôle de la durée d'hospitalisation.</p>
<b>TITRE III – DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	
<i>Section 5 – Agréments, sanctions et expertises médicale</i>	
<p><u>Article 32</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 32</u></p> <p>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.</p>
<b>TITRE III – DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	
<i>Section 6 – Recours et pénalités</i>	
<p><u>Article 33</u></p> <p>Les dispositions relatives aux recours de l'organisme de gestion et aux pénalités prévues au titre IV, sections 1 et 3 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974, modifiée, sont applicables au présent régime.</p>	<p><u>Article 33</u></p> <p>Les dispositions relatives aux recours de l'organisme de gestion et aux pénalités prévues au titre IV, sections 1 et 3 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974, modifiée, sont applicables au présent régime.</p>
<b>TITRE III – DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	
<i>Section 7 – Dispositions transitoires</i>	
<p><u>Article 34</u></p> <p>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</p>	<p><u>Article 34</u></p> <p>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</p>

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.	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.	Ces dispositions sont applicables aux ayants droit dont la qualité est déterminée par la réglementation de la C.A.F.A.T.
<u>Article 35</u>	<u>Article 35</u>
Le Président du gouvernement de la Polynésie française est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au <i>Journal officiel</i> de la Polynésie française.	Le Président du gouvernement de la Polynésie française est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au <i>Journal officiel</i> de la Polynésie française.

**Tableau comparatif des modifications apportées par le présent projet de loi du pays à la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 modifiée instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territoriale**

Dispositions de la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 modifiée en vigueur	Dispositions de la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 modifiée en vigueur
<b>PRESTATIONS MALADIE DU RÉGIME DE SOLIDARITÉ TERRITORIALE</b>	
<b>TITRE 1 – CHAMP D'APPLICATION</b>	
<p><u>Article 1<sup>er</sup></u></p> <p>L'objet de la présente délibération est de définir les conditions de couverture du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territoriale, 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.</p> <p>Les prestations servies par la présente délibération comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la maladie ;</li> <li>- la maternité ;</li> <li>- la longue maladie.</li> </ul>	<p><u>Article 1<sup>er</sup></u></p> <p>L'objet de la présente délibération est de définir les conditions de couverture du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territoriale, 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.</p> <p>Les prestations servies par la présente délibération comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la maladie ;</li> <li>- la maternité ;</li> <li>- la longue maladie.</li> </ul>
<p><u>Article 2</u></p> <p>Sont ressortissants, au titre de la présente délibération, les personnes remplissant les conditions d'admission au régime de solidarité territoriale 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 territoriale.</p>	<p><u>Article 2</u></p> <p>Sont ressortissants, au titre de la présente délibération, les personnes remplissant les conditions d'admission au régime de solidarité territoriale 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 territoriale.</p>
<p><u>Article 3</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 3</u></p> <p>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.</p>
<b>TITRE II – PRINCIPES GÉNÉRAUX</b>	
<p><u>Article 4</u></p> <p>La présente délibération n'ouvre droit qu'à des prestations en nature à l'exclusion de toute prestation en espèces.</p>	<p><u>Article 4</u></p> <p>La présente délibération n'ouvre droit qu'à des prestations en nature à l'exclusion de toute prestation en espèces.</p>
<p><u>Article 5</u></p> <p>Le régime de solidarité territoriale 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.</p> <p>Dans ce cadre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 territoriale;</li> <li>- 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 territoriale.</li> </ul>	<p><u>Article 5</u></p> <p>Le régime de solidarité territoriale 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.</p> <p>Dans ce cadre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 territoriale;</li> <li>- 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 territoriale.</li> </ul>

<p><u>Article 6</u></p> <p>Les ressortissants peuvent librement choisir d'être soignés dans des structures sanitaires privées ou auprès de praticiens du secteur privé.</p> <p>Dans ce cas, le régime de solidarité territoriale 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 territoriale.</p>	<p><u>Article 6</u></p> <p>Les ressortissants peuvent librement choisir d'être soignés dans des structures sanitaires privées ou auprès de praticiens du secteur privé.</p> <p>Dans ce cas, le régime de solidarité territoriale 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 territoriale.</p>
<p><u>Article 7</u></p> <p>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 territoriale, d'autre part.</p> <p>Ces conventions sont approuvées par arrêté pris en conseil des ministres.</p> <p>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.</p> <p>En l'absence de tarifs conventionnels, les tarifs de responsabilité ou les tarifs d'autorité fixés par arrêté en conseil des ministres sont applicables.</p>	<p><u>Article 7</u></p> <p>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 territoriale, d'autre part.</p> <p>Ces conventions sont approuvées par arrêté pris en conseil des ministres.</p> <p>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.</p> <p>En l'absence de tarifs conventionnels, les tarifs de responsabilité ou les tarifs d'autorité fixés par arrêté en conseil des ministres sont applicables.</p>
<p><b>TITRE III – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE</b> <b>Section 1 - Hospitalisation</b></p>	
<p><u>Article 8</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 8</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p><b>TITRE III – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE</b> <b>Section 2 – Soins externes</b></p>	
<p><u>Article 9</u></p> <p>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).</p>	<p><u>Article 9</u></p> <p>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).</p>

TITRE III – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE	
<i>Section 3 - Pharmacie</i>	<i>Section 3 – Hébergement et transport terrestre lors d'évacuations sanitaires inter-îles</i>
Art. 10.— Abrogé	<p><u>Article LP 10</u></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p>
	<p><u>Article LP 10-1</u></p> <p><i>La durée de l'hébergement pris en charge ne peut excéder trois (3) jours.</i></p> <p><i>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.</i></p>
	<p><u>Article LP 10-2</u></p> <p><i>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.</i></p>
TITRE III – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE	
Section 4 – Contraception – Interruption volontaire de grossesse – Fécondation in vitro	
<p><u>Article 11</u></p> <p>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.</p> <p>Les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec les méthodes de contraception médicalement reconnues sont pris en charge en tiers payant, à 100 % du tarif de responsabilité de l'assurance maladie.</p> <p>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.</p> <p>Sont pris en charge en tiers payant, à 80% du tarif de responsabilité de l'assurance maladie, les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec la fécondation <i>in vitro</i> pratiqués dans un centre agréé par la direction de la santé et après entente préalable, dans la limite de cinq tentatives.</p>	<p><u>Article 11</u></p> <p>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.</p> <p>Les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec les méthodes de contraception médicalement reconnues sont pris en charge en tiers payant, à 100 % du tarif de responsabilité de l'assurance maladie.</p> <p>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.</p> <p>Sont pris en charge en tiers payant, à 80% du tarif de responsabilité de l'assurance maladie, les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec la fécondation <i>in vitro</i> pratiqués dans un centre agréé par la direction de la santé et après entente préalable, dans la limite de cinq tentatives.</p>

<b>TITRE III – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE</b>	
<b>Section 5 - Examens biologiques et imagerie médicale</b>	
<p><u>Article 12</u></p> <p>12-1 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.</p> <p>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 80 % 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.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 12</u></p> <p>12-1 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.</p> <p>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 80 % 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.</p> <p>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.</p>
<b>TITRE III – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE</b>	
<b>Section 6 – Frais d'appareillage</b>	
<p><u>Article 13</u></p> <p>Les frais d'appareillage sont pris en charge, sans participation des bénéficiaires, sur la base des tarifs homologués par l'organisme de gestion, après entente préalable.</p> <p>Les conditions de prise en charge initiale ainsi que des frais de réparation et de renouvellement des appareils sont définies par référence au T.I.P.S. (tarif interministériel des prestations sanitaires) ou par voie de convention avec les fournisseurs.</p> <p>Pour les autres fournitures figurant au T.I.P.S., la prise en charge s'effectue sur la base des tarifs homologués par l'organisme de gestion.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 13</u></p> <p>Les frais d'appareillage sont pris en charge, sans participation des bénéficiaires, sur la base des tarifs homologués par l'organisme de gestion, après entente préalable.</p> <p>Les conditions de prise en charge initiale ainsi que des frais de réparation et de renouvellement des appareils sont définies par référence au T.I.P.S. (tarif interministériel des prestations sanitaires) ou par voie de convention avec les fournisseurs.</p> <p>Pour les autres fournitures figurant au T.I.P.S., la prise en charge s'effectue sur la base des tarifs homologués par l'organisme de gestion.</p> <p>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.</p>

## TITRE III – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

## Section 7 – Frais de lunetterie

Article 14

La lunetterie comprend la monture, les verres de correction optique, les matériels pour amblyopie et les lentilles de contact réutilisables pendant une durée supérieure à six mois à condition qu'elles procurent au malade une correction supérieure à celle que peuvent donner des verres optiques et ce, dans les cas de kératocône, aphakie unilatérale, amétropie de l'ordre de 12 dioptries, anisométrie à 3 dioptries non corrigable par lunette et astigmatisme irrégulier.

La prise en charge des verres teintés est subordonnée à la procédure d'entente préalable. Cette prise en charge ne peut avoir lieu que dans les indications médicales suivantes :

- 1) affections oculaires : conjonctivites intenses, kératites, iritis, cataractes centrales ou congénitales, rétinopathies ;
- 2) myopies fortes lorsqu'elles s'accompagnent de photophobie ;
- 3) à titre exceptionnel, certaines photophobies, lorsqu'elles n'entrent pas dans le cadre des affections ci-dessus.

La prise en charge des verres pour les enfants avant leur 16e anniversaire est assurée après entente préalable. Seuls les verres organiques sont pris en charge.

Les éléments de lunetterie autres que ceux indiqués ci-dessus (prismes... ) peuvent être remboursés sur prescription médicale et après accord préalable du médecin-conseil de l'organisme de gestion.

Les frais de lunetterie sont remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire fixé par le comité de gestion du régime de solidarité territorial.

A défaut de tarif forfaitaire fixé par l'organisme de gestion, le remboursement se fait de la façon suivante :

- pour les verres de correction optique uniquement, sur la base des tarifs homologués par l'organisme de gestion et sur prescription médicale, au taux de 80 % pour les enfants scolarisés jusqu'à 21 ans et au taux de 100 % pour le traitement des troubles de la réfraction post-chirurgicaux et les cas d'aphakie ;
- dans l'attente des tarifs homologués, la lunetterie peut faire l'objet d'une prise en charge sur la base des factures présentées avec l'accord préalable du médecin-conseil de l'organisme de gestion.

La fréquence de renouvellement de la prise en charge est fixée à deux ans.

Par exception :

- pour les enfants scolarisés jusqu'à 16 ans, la prise en charge peut être renouvelée chaque année ;
- en cas de modification de vision, le renouvellement des verres peut intervenir sans délai sur prescription médicale.

Les années sont des années civiles.

Article 14

La lunetterie comprend la monture, les verres de correction optique, les matériels pour amblyopie et les lentilles de contact réutilisables pendant une durée supérieure à six mois à condition qu'elles procurent au malade une correction supérieure à celle que peuvent donner des verres optiques et ce, dans les cas de kératocône, aphakie unilatérale, amétropie de l'ordre de 12 dioptries, anisométrie à 3 dioptries non corrigable par lunette et astigmatisme irrégulier.

La prise en charge des verres teintés est subordonnée à la procédure d'entente préalable. Cette prise en charge ne peut avoir lieu que dans les indications médicales suivantes :

- 1) affections oculaires : conjonctivites intenses, kératites, iritis, cataractes centrales ou congénitales, rétinopathies ;
- 2) myopies fortes lorsqu'elles s'accompagnent de photophobie ;
- 3) à titre exceptionnel, certaines photophobies, lorsqu'elles n'entrent pas dans le cadre des affections ci-dessus.

La prise en charge des verres pour les enfants avant leur 16e anniversaire est assurée après entente préalable. Seuls les verres organiques sont pris en charge.

Les éléments de lunetterie autres que ceux indiqués ci-dessus (prismes... ) peuvent être remboursés sur prescription médicale et après accord préalable du médecin-conseil de l'organisme de gestion.

Les frais de lunetterie sont remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire fixé par le comité de gestion du régime de solidarité territorial.

A défaut de tarif forfaitaire fixé par l'organisme de gestion, le remboursement se fait de la façon suivante :

- pour les verres de correction optique uniquement, sur la base des tarifs homologués par l'organisme de gestion et sur prescription médicale, au taux de 80 % pour les enfants scolarisés jusqu'à 21 ans et au taux de 100 % pour le traitement des troubles de la réfraction post-chirurgicaux et les cas d'aphakie ;
- dans l'attente des tarifs homologués, la lunetterie peut faire l'objet d'une prise en charge sur la base des factures présentées avec l'accord préalable du médecin-conseil de l'organisme de gestion.

La fréquence de renouvellement de la prise en charge est fixée à deux ans.

Par exception :

- pour les enfants scolarisés jusqu'à 16 ans, la prise en charge peut être renouvelée chaque année ;
- en cas de modification de vision, le renouvellement des verres peut intervenir sans délai sur prescription médicale.

Les années sont des années civiles.

TITRE III – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE	
Section 8 – Frais de transport	
<p><u>Article 15</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 15</u></p> <p>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.</p>
<p><u>Article 16</u></p> <p>La prise en charge par le régime de solidarité territorial 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.</p> <p>Les déplacements interinsulaires non urgents nécessaires pour raison médicale sont pris en charge par le régime de solidarité territorial après accord préalable de l'organisme de gestion.</p>	<p><u>Article 16</u></p> <p>La prise en charge par le régime de solidarité territorial 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.</p> <p>Les déplacements interinsulaires non urgents nécessaires pour raison médicale sont pris en charge par le régime de solidarité territorial après accord préalable de l'organisme de gestion.</p>
<p><u>Article 17</u></p> <p>La prise en charge des frais de transport aller-retour, effectués à l'extérieur du territoire de la Polynésie française, est strictement subordonnée à un avis médical donné par la commission des évacuations sanitaires instituée par la délibération n° 92-21 AT du 20 février 1992.</p>	<p><u>Article 17</u></p> <p>La prise en charge des frais de transport aller-retour, effectués à l'extérieur du territoire de la Polynésie française, est strictement subordonnée à un avis médical donné par la commission des évacuations sanitaires instituée par la délibération n° 92-21 AT du 20 février 1992.</p>
<p><u>Article 18</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 18</u></p> <p>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.</p>
<p><u>Article 19</u></p> <p>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 comité de gestion. Une délibération du comité de gestion définit également la liste des frais funéraires.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 19</u></p> <p>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 comité de gestion. Une délibération du comité de gestion définit également la liste des frais funéraires.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

<b>TITRE III – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE</b> <b>Section 9 – Soins à l'extérieur du territoire - Évacuations sanitaires</b>	
<p><u>Article 20</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 20</u></p> <p>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.</p>
<p><u>Article 21</u></p> <p>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 sur avis de la commission des évacuations sanitaires instituée par la délibération n° 92-21 AT du 20 février 1992.</p>	<p><u>Article 21</u></p> <p>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 sur avis de la commission des évacuations sanitaires instituée par la délibération n° 92-21 AT du 20 février 1992.</p>
<p><u>Article 22</u></p> <p>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.</p> <p>Dans tous les cas visés au présent article, les frais de transport resteront à la charge de l'assuré.</p>	<p><u>Article 22</u></p> <p>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.</p> <p>Dans tous les cas visés au présent article, les frais de transport resteront à la charge de l'assuré.</p>
<p><u>Article 23</u></p> <p>En cas de soins administrés hors du territoire, les soins sont pris en charge :</p> <p>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 ;</p> <p>b - au maximum sur la base des tarifs engagés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 ;</li> <li>- 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.</li> </ul>	<p><u>Article 23</u></p> <p>En cas de soins administrés hors du territoire, les soins sont pris en charge :</p> <p>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 ;</p> <p>b - au maximum sur la base des tarifs engagés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 ;</li> <li>- 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.</li> </ul>
<p><u>Article 24</u></p> <p>Sont exclus de la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les soins esthétiques, sauf pour les bénéficiaires dont la profession est en rapport direct avec le public et après accord du médecin-conseil;</li> <li>- 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.</li> </ul>	<p><u>Article 24</u></p> <p>Sont exclus de la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les soins esthétiques, sauf pour les bénéficiaires dont la profession est en rapport direct avec le public et après accord du médecin-conseil;</li> <li>- 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.</li> </ul>

## PROCÉDURES SPÉCIFIQUES

## Section 1 – Procédure longue maladie

<p><u>Article 25</u></p> <p>Le bénéfice des prestations longue maladie est réservé aux malades atteints d'une des affections dont la liste est définie par un arrêté pris en conseil des ministres.</p> <p>Toutefois, pourront être considérées comme longues maladies, sur proposition motivée du praticien-conseil, certaines affections nécessitant des soins de plus de six mois. Par soins continus, il faut entendre des soins dispensés avec une périodicité obligatoire et un temps minimum réputés nécessaires à l'obtention d'un résultat thérapeutique acceptable et en dehors desquels une incidence vitale serait inéluctable.</p>	<p><u>Article 25</u></p> <p>Le bénéfice des prestations longue maladie est réservé aux malades atteints d'une des affections dont la liste est définie par un arrêté pris en conseil des ministres.</p> <p>Toutefois, pourront être considérées comme longues maladies, sur proposition motivée du praticien-conseil, certaines affections nécessitant des soins de plus de six mois. Par soins continus, il faut entendre des soins dispensés avec une périodicité obligatoire et un temps minimum réputés nécessaires à l'obtention d'un résultat thérapeutique acceptable et en dehors desquels une incidence vitale serait inéluctable.</p>
<p><u>Article 26</u></p> <p>Toutes les prestations en rapport direct avec la longue maladie sont prises en charge intégralement à concurrence du tarif de responsabilité du régime.</p>	<p><u>Article LP 26</u></p> <p><del>Toutes les prestations en rapport direct avec la longue maladie sont prises en charge intégralement à concurrence du tarif de responsabilité du régime. L'assuré ou le bénéficiaire, au cours de la période où il est couvert au titre de l'assurance longue maladie, ne supporte aucune participation aux frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, aux frais d'acquisition et de renouvellement des produits de santé ou des produits et prestations remboursables, uniquement lorsque ces frais sont en rapport direct avec l'affection reconnue comme longue maladie, à concurrence des tarifs de responsabilité de l'organisme de gestion.</del></p> <p><i>Toutefois, cette exonération totale n'est pas applicable aux honoraires de consultation ou de visite d'un médecin, remboursés selon un taux fixé par arrêté pris en conseil des ministres.</i></p> <p><i>Elle n'est pas applicable aux maladies intercurrentes dont les soins sont remboursés conformément aux dispositions du régime assurance maladie.</i></p>
<p><u>Article 27</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 27</u></p> <p>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.</p>

## Section 2 - Maternité

<p><u>Article 28</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 28</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Section 3 - Handicap</b>	
<p><u>Article 29</u></p> <p>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 territorial. 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.</p> <p>Ces conventions sont homologuées par arrêté pris en conseil des ministres.</p>	<p><u>Article 29</u></p> <p>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 territorial. 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.</p> <p>Ces conventions sont homologuées par arrêté pris en conseil des ministres.</p>
<b>Section 4 – Cas particulier d'entente préalable</b>	
<p><u>Article 30</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 30</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<b>TITRE IV – OBLIGATIONS – CONTRÔLES</b>	
<b>Section 1 – Obligations des bénéficiaires</b>	
<p><u>Article 31</u></p> <p>L'attribution des diverses prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire du régime :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) de se conformer aux traitements, ordonnances et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant ;</li> <li>2) de consulter au cabinet professionnel sauf lorsque son état de santé ne lui permet pas de se déplacer ;</li> <li>3) de se soumettre aux visites médicales demandées par l'organisme de gestion.</li> </ol>	<p><u>Article 31</u></p> <p>L'attribution des diverses prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire du régime :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) de se conformer aux traitements, ordonnances et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant ;</li> <li>2) de consulter au cabinet professionnel sauf lorsque son état de santé ne lui permet pas de se déplacer ;</li> <li>3) de se soumettre aux visites médicales demandées par l'organisme de gestion.</li> </ol>
<p><u>Article 32</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 32</u></p> <p>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.</p>
<b>TITRE IV – OBLIGATIONS – CONTRÔLES</b>	
<b>Section 2 – Obligation des praticiens</b>	
<p><u>Article 33</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 33</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p>

<b>TITRE IV – OBLIGATIONS – CONTRÔLES</b>	
<b>Section 3 – Contrôles</b>	
<p><u>Article 34 – Contrôle administratif</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 34 – Contrôle administratif</u></p> <p>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.</p>
<p><u>Article 35 – Contrôle médical</u></p> <p>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.</p> <p>Le contrôle médical est également chargé du contrôle de la durée d'hospitalisation.</p> <p>Il est interdit à tous les médecins de l'organisme de gestion de pratiquer en clientèle privée.</p>	<p><u>Article 35 – Contrôle médical</u></p> <p>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.</p> <p>Le contrôle médical est également chargé du contrôle de la durée d'hospitalisation.</p> <p>Il est interdit à tous les médecins de l'organisme de gestion de pratiquer en clientèle privée.</p>
<b>TITRE IV – OBLIGATIONS – CONTRÔLES</b>	
<b>Section 4 – Agrément et sanctions</b>	
<p><u>Article 36</u></p> <p>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 la délibération n° 88-175 AT du 8 décembre 1988 organisant notamment la procédure des sanctions, la composition et le fonctionnement de la commission mixte paritaire, sont applicables au régime de solidarité territorial.</p>	<p><u>Article 36</u></p> <p>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 la délibération n° 88-175 AT du 8 décembre 1988 organisant notamment la procédure des sanctions, la composition et le fonctionnement de la commission mixte paritaire, sont applicables au régime de solidarité territorial.</p>
<b>TITRE IV – OBLIGATIONS – CONTRÔLES</b>	
<b>Section 5 – Expertise</b>	
<p><u>Article 37</u></p> <p>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.</p> <p>L'expert ne peut être ni un praticien de l'organisme de gestion, ni le praticien traitant.</p> <p>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 la santé publique et le président du conseil de l'Ordre des médecins.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 37</u></p> <p>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.</p> <p>L'expert ne peut être ni un praticien de l'organisme de gestion, ni le praticien traitant.</p> <p>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 la santé publique et le président du conseil de l'Ordre des médecins.</p> <p>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.</p>

## TITRE V – RECOURS – PRESCRIPTION – PÉNALITÉS

## Section 1 – Recours de l'organisme de gestion

<p><u>Article 38</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><u>Article 38</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## TITRE V – RECOURS – PRESCRIPTION – PÉNALITÉS

## Section 2 – Prescription

<p><u>Article 39</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 39</u></p> <p>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.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## TITRE V – RECOURS – PRESCRIPTION – PÉNALITÉS

## Section 3 – Pénalités

<p><u>Article 40</u></p> <p>Sera puni d'une amende de 361 à 1.000 francs métropolitains (6.563 F FCP à 18.181 F 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.</p>	<p><u>Article 40</u></p> <p>Sera puni d'une amende de 361 à 1.000 francs métropolitains (6.563 F FCP à 18.181 F 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.</p>
<p><u>Article 41</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 41</u></p> <p>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.</p>

## Modifications apportées au régime de solidarité de la Polynésie française

<p><u>Article 42</u></p> <p>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.</p>	<p><u>Article 42</u></p> <p>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.</p>
<p><u>Article 43</u></p> <p>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).</p>	<p><u>Article 43</u></p> <p>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).</p>
<p><u>Article 44</u></p> <p>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 territorial.</p>	<p><u>Article 44</u></p> <p>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 territorial.</p>
<p><u>Article 45</u></p> <p>Le Président du gouvernement est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au <i>Journal officiel</i> de la Polynésie française.</p>	<p><u>Article 45</u></p> <p>Le Président du gouvernement est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au <i>Journal officiel</i> de la Polynésie française.</p>

**Tableau comparatif des modifications apportées par le présent projet de loi du pays à la délibération n° 2003-76 APF du 22 mai 2003 instituant des avantages de retraite au profit des maîtres et documentalistes de l'enseignement privé**

Dispositions de la délibération n° 2003-76 APF du 22 mai 2003 en vigueur	Modifications proposées
<p><u>Article 1<sup>er</sup> – Conditions de liquidation de l'avantage de retraite acquis au titre du régime de base</u></p> <p>Les maîtres et documentalistes contractuels ou agréés satisfaisant aux conditions de services et de cessation d'activité fixées aux articles 1er à 3 du décret n° 2002-1333 du 7 novembre 2002, qui, à la date du premier jour du mois suivant leur cessation d'activité, ne remplissent pas les conditions pour obtenir de la Caisse de prévoyance sociale une pension de vieillesse calculée au taux plein, perçoivent, à compter de cette même date et aussi longtemps qu'ils n'ont pas atteint l'âge de 60 ans, un avantage de retraite liquidé selon les règles suivies par la Caisse de prévoyance sociale en application des délibérations n° 87-11 et n° 95-180 susvisées.</p> <p>Toutefois, cet avantage de retraite est liquidé en ne prenant en compte que la durée d'assurance dont les intéressés justifient au regard de la Caisse de prévoyance sociale et conformément aux règles fixées par le décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale, au titre :</p> <p>1° Des services mentionnés à l'article 5 du décret du 7 novembre 2002 précité ;</p> <p>2° Des années d'activité professionnelle qui leur ont permis de bénéficier d'un contrat ou d'un agrément en application de l'article 2 du décret n° 64-217 du 10 mars 1964 relatif aux maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privé sous contrat, celles-ci étant retenues dans les limites fixées par la réglementation applicable aux personnels de l'enseignement public remplissant les mêmes fonctions ;</p> <p>3° Des périodes de service validées par la Caisse de prévoyance sociale au titre des régimes d'assurance maladie-invalidité et des accidents du travail, sous réserve qu'elles soient comprises entre des périodes de service visées aux 1° et 2° de l'article 5 du décret du 7 novembre 2002 précité.</p>	<p><u>Article 1<sup>er</sup> – Conditions de liquidation de l'avantage de retraite acquis au titre du régime de base</u></p> <p>Les maîtres et documentalistes contractuels ou agréés satisfaisant aux conditions de services et de cessation d'activité fixées aux articles 1er à 3 du décret n° 2002-1333 du 7 novembre 2002, qui, à la date du premier jour du mois suivant leur cessation d'activité, ne remplissent pas les conditions pour obtenir de la Caisse de prévoyance sociale une pension de vieillesse calculée au taux plein, perçoivent, à compter de cette même date et aussi longtemps qu'ils n'ont pas atteint l'âge de 60 ans, un avantage de retraite liquidé selon les règles suivies par la Caisse de prévoyance sociale en application des délibérations n° 87-11 et n° 95-180 susvisées.</p> <p>Toutefois, cet avantage de retraite est liquidé en ne prenant en compte que la durée d'assurance dont les intéressés justifient au regard de la Caisse de prévoyance sociale et conformément aux règles fixées par le décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale, au titre :</p> <p>1° Des services mentionnés à l'article 5 du décret du 7 novembre 2002 précité ;</p> <p>2° Des années d'activité professionnelle qui leur ont permis de bénéficier d'un contrat ou d'un agrément en application de l'article 2 du décret n° 64-217 du 10 mars 1964 relatif aux maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privé sous contrat, celles-ci étant retenues dans les limites fixées par la réglementation applicable aux personnels de l'enseignement public remplissant les mêmes fonctions ;</p> <p>3° Des périodes de service validées par la Caisse de prévoyance sociale au titre des régimes d'assurance maladie-invalidité et des accidents du travail, sous réserve qu'elles soient comprises entre des périodes de service visées aux 1° et 2° de l'article 5 du décret du 7 novembre 2002 précité.</p>
<p><u>Article 2 – Affiliation des bénéficiaires de l'avantage de retraite au régime d'assurance maladie invalidité</u></p> <p>Les titulaires de l'avantage de retraite défini à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus <b>ainsi que</b> leurs ayants droit bénéficient des prestations en nature de l'assurance maladie-invalidité <b>de la Caisse de prévoyance sociale</b> en application des dispositions de la délibération n° 74-22 susvisée.</p> <p>Les cotisations à ce régime fixées par arrêté pris en conseil des ministres sont précomptées par l'organisme gestionnaire défini à l'article 8 ci-après et reversées à la Caisse de prévoyance sociale.</p>	<p><u>Article LP 2 – Affiliation des bénéficiaires de l'avantage de retraite <b>ou de réversion</b> au régime d'assurance maladie invalidité</u></p> <p>Les titulaires de l'avantage de retraite défini à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus <b>et leurs</b> ayants droit, <b>ainsi que les titulaires de l'avantage de réversion défini à l'article 6 ci-après</b> et leurs ayants droit, bénéficient des prestations en nature de l'assurance maladie invalidité <b>des travailleurs salariés</b> en application des dispositions de la délibération n° 74-22 susvisée.</p> <p>Les cotisations à ce régime, fixées par arrêté pris en conseil des ministres, sont précomptées par l'organisme gestionnaire défini à l'article 8 ci-après et reversées à la Caisse de prévoyance sociale.</p>

<p><u>Article 3 – Droits aux prestations familiales</u></p> <p>Les titulaires de l'avantage de retraite défini à l'article 1er ci-dessus ont droit aux prestations familiales dans les conditions précisées par l'arrêté n° 1335 IT susvisé sous réserve des dispositions de l'article 32 de la délibération n° 87-11 susvisée.</p>	<p><u>Article 3 – Droits aux prestations familiales</u></p> <p>Les titulaires de l'avantage de retraite défini à l'article 1er ci-dessus ont droit aux prestations familiales dans les conditions précisées par l'arrêté n° 1335 IT susvisé sous réserve des dispositions de l'article 32 de la délibération n° 87-11 susvisée.</p>
<p><u>Article 4 – Conditions de liquidation de l'avantage de retraite acquis au titre des régimes complémentaires</u></p> <p>Les maîtres et documentalistes contractuels ou agréés remplissant les conditions de services et de cessation d'activité fixées aux articles 1er à 3 du décret du 7 novembre 2002 précité qui, à la date du premier jour du mois suivant leur cessation d'activité, ne remplissent pas les conditions pour obtenir de l'institution de retraite complémentaire dont ils relèvent une pension liquidée sur la base du taux normalement applicable à l'âge de soixante-cinq ans, perçoivent à compter de cette même date, et aussi longtemps qu'ils ne remplissent pas ces dernières conditions, un avantage complémentaire de retraite liquidé selon les règles suivies par l'institution mentionnée ci-dessus pour les assurés âgés de soixante-cinq ans.</p> <p>Toutefois, cet avantage complémentaire de retraite est liquidé en ne prenant en considération que les droits, et bonifications y afférentes, acquis auprès de cette institution de retraite complémentaire au titre des services et activités visés au deuxième alinéa de l'article 1er ci-dessus. Cet avantage est payé, le cas échéant, sous déduction des prestations en espèces d'invalidité versées au titre d'un régime complémentaire de prévoyance, applicable aux maîtres et documentalistes de l'enseignement privé.</p>	<p><u>Article 4 – Conditions de liquidation de l'avantage de retraite acquis au titre des régimes complémentaires</u></p> <p>Les maîtres et documentalistes contractuels ou agréés remplissant les conditions de services et de cessation d'activité fixées aux articles 1er à 3 du décret du 7 novembre 2002 précité qui, à la date du premier jour du mois suivant leur cessation d'activité, ne remplissent pas les conditions pour obtenir de l'institution de retraite complémentaire dont ils relèvent une pension liquidée sur la base du taux normalement applicable à l'âge de soixante-cinq ans, perçoivent à compter de cette même date, et aussi longtemps qu'ils ne remplissent pas ces dernières conditions, un avantage complémentaire de retraite liquidé selon les règles suivies par l'institution mentionnée ci-dessus pour les assurés âgés de soixante-cinq ans.</p> <p>Toutefois, cet avantage complémentaire de retraite est liquidé en ne prenant en considération que les droits, et bonifications y afférentes, acquis auprès de cette institution de retraite complémentaire au titre des services et activités visés au deuxième alinéa de l'article 1er ci-dessus. Cet avantage est payé, le cas échéant, sous déduction des prestations en espèces d'invalidité versées au titre d'un régime complémentaire de prévoyance, applicable aux maîtres et documentalistes de l'enseignement privé.</p>
<p><u>Article 5 – Réversion – généralités</u></p> <p>Les avantages de retraite fixés aux articles 1er et 4 ci-dessus peuvent faire l'objet d'une réversion au profit des bénéficiaires désignés aux articles 6 et 7.</p>	<p><u>Article 5 – Réversion – généralités</u></p> <p>Les avantages de retraite fixés aux articles 1er et 4 ci-dessus peuvent faire l'objet d'une réversion au profit des bénéficiaires désignés aux articles 6 et 7.</p>
<p><u>Article 6 – Réversion de l'avantage de retraite acquis au titre du régime de base</u></p> <p>Au décès du bénéficiaire, la pension de réversion est allouée dans les conditions prévues par la réglementation de la Caisse de prévoyance sociale.</p>	<p><u>Article 6 – Réversion de l'avantage de retraite acquis au titre du régime de base</u></p> <p>Au décès du bénéficiaire, la pension de réversion est allouée dans les conditions prévues par la réglementation de la Caisse de prévoyance sociale.</p>
<p><u>Article 7 – Réversion de l'avantage de retraite acquis au titre des régimes complémentaires</u></p> <p>Sous réserve de remplir les conditions d'octroi d'une pension de réversion à jouissance différée de la part de l'institution de retraite complémentaire dont relevait leur conjoint, les veuves et conjointes divorcées non remariées, les veufs ou conjoints atteints d'une infirmité ou d'une maladie incurable les rendant définitivement incapables de travailler reconnues dans les formes fixées au troisième alinéa de l'article 1er du décret du 7 novembre 2002 précité, et les veufs et conjoints divorcés non remariés qui ont au moins soixante ans au moment du décès de leur conjointe, peuvent bénéficier d'une réversion de l'avantage complémentaire de retraite dont leur conjoint ou conjointe bénéficiait ou aurait bénéficié en application de l'article 4 ci-dessus, conformément aux modalités de calcul et aux conditions d'octroi de la pension de réversion fixées par la caisse de retraite complémentaire.</p>	<p><u>Article 7 – Réversion de l'avantage de retraite acquis au titre des régimes complémentaires</u></p> <p>Sous réserve de remplir les conditions d'octroi d'une pension de réversion à jouissance différée de la part de l'institution de retraite complémentaire dont relevait leur conjoint, les veuves et conjointes divorcées non remariées, les veufs ou conjoints atteints d'une infirmité ou d'une maladie incurable les rendant définitivement incapables de travailler reconnues dans les formes fixées au troisième alinéa de l'article 1er du décret du 7 novembre 2002 précité, et les veufs et conjoints divorcés non remariés qui ont au moins soixante ans au moment du décès de leur conjointe, peuvent bénéficier d'une réversion de l'avantage complémentaire de retraite dont leur conjoint ou conjointe bénéficiait ou aurait bénéficié en application de l'article 4 ci-dessus, conformément aux modalités de calcul et aux conditions d'octroi de la pension de réversion fixées par la caisse de retraite complémentaire.</p>

<p><u>Article 8 – Désignation de l'organisme de gestion</u></p> <p>La liquidation et le paiement des avantages de retraite servis en application des articles 1er et 4 précédents, ainsi que des avantages de réversion servis en application des articles 5 à 7 précédents, sont assurés par un organisme habilité à cet effet par arrêté pris en conseil des ministres.</p> <p>La charge financière en résultant est intégralement supportée par l'Etat.</p>	<p><u>Article 8 – Désignation de l'organisme de gestion</u></p> <p>La liquidation et le paiement des avantages de retraite servis en application des articles 1er et 4 précédents, ainsi que des avantages de réversion servis en application des articles 5 à 7 précédents, sont assurés par un organisme habilité à cet effet par arrêté pris en conseil des ministres.</p> <p>La charge financière en résultant est intégralement supportée par l'Etat.</p>
<p><u>Article 9 – Interdiction de cumul</u></p> <p>Les avantages de retraite versés selon les règles fixées par la Caisse de prévoyance sociale ainsi que les avantages complémentaires de retraite versés selon les règles fixées par les institutions de retraite complémentaire, prévus aux articles 1er et 4 de la présente délibération, ne sont pas cumulables avec des pensions personnelles de vieillesse de la Caisse de prévoyance sociale et des institutions de retraite complémentaire.</p>	<p><u>Article 9 – Interdiction de cumul</u></p> <p>Les avantages de retraite versés selon les règles fixées par la Caisse de prévoyance sociale ainsi que les avantages complémentaires de retraite versés selon les règles fixées par les institutions de retraite complémentaire, prévus aux articles 1er et 4 de la présente délibération, ne sont pas cumulables avec des pensions personnelles de vieillesse de la Caisse de prévoyance sociale et des institutions de retraite complémentaire.</p>
<p><u>Article 10</u></p> <p>Le Président du gouvernement de la Polynésie française est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au <i>Journal officiel</i> de la Polynésie française.</p>	<p><u>Article 10</u></p> <p>Le Président du gouvernement de la Polynésie française est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au <i>Journal officiel</i> de la Polynésie française.</p>



---

# ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

LOI ORGANIQUE N° 2004-192 DU 27 FÉVRIER 2004

SESSION ADMINISTRATIVE

---

## LOI DU PAYS

(NOR : CPS 1003162 LP)

portant diverses dispositions d'ordre social

L'assemblée de la Polynésie française a adopté le projet de loi du pays dont la teneur suit :

---

*Travaux préparatoires :*

- Avis n° 60/2010/HCPF du 17 décembre 2010 du haut conseil de la Polynésie française ;
  - Avis n° 89/CESC du 27 décembre 2010 du conseil économique, social et culturel de la Polynésie française ;
  - Arrêté n° 93 CM du 21 janvier 2011 soumettant un projet de loi du pays à l'assemblée de la Polynésie française ;
  - Examen par la commission des affaires civiles, du logement, de la famille, de la parité et de la protection sociale le 28 avril 2011 ;
  - Rapport n° 27-2011 du 29 avril 2011 de Monsieur Georges HANDERSON, rapporteur du projet de loi du pays ;
  - Adoption en date du 19 mai 2011 ;
- 

## TITRE I<sup>ER</sup> – RÉGIME DES SALARIÉS

### CHAPITRE I – ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ

**Article LP 1.-** Il est ajouté à l'article 2 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés un paragraphe e) rédigé comme suit :

« e) Les titulaires d'une pension de réversion, établie par délibération n° 87-11 AT du 29 janvier 1987, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les retraités principaux et leurs ayants droit ;

*Ceux-ci bénéficient des seules prestations en nature. ».*

**Article LP 2.-** Au a) de l'article 2.2 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée, les mots « de réversion ou » sont supprimés.

**Article LP 3.-** L'article 11 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée est rédigé comme suit :

*« Article LP 11 - 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. »*

**Article LP 4.-** Après l'article LP 11 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée, sont insérés les articles LP 11.1 et LP 11.2 rédigés comme suit :

*« Article LP 11.1 - 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.*

*Article LP 11.2 - 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. »*

**Article LP 5.-** L'article 20 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée est abrogé et modifié comme suit :

*« Article LP 20 - L'assuré ou le bénéficiaire, au cours de la période où il est couvert au titre de l'assurance longue maladie, ne supporte aucune participation aux frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, aux frais d'acquisition et de renouvellement des produits de santé ou des produits et prestations remboursables, uniquement lorsque ces frais sont en rapport direct avec l'affection reconnue comme longue maladie, à concurrence des tarifs de responsabilité de l'organisme de gestion.*

*Toutefois, cette exonération totale n'est pas applicable aux honoraires de consultation ou de visite d'un médecin, remboursés selon un taux fixé par arrêté pris en conseil des ministres.*

*Elle n'est pas applicable aux maladies intercurrentes dont les soins sont remboursés conformément aux dispositions du régime assurance maladie. »*

**Article LP 6.-** Les alinéas 1 à 4 de l'article 41 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée sont abrogés et modifiés comme suit :

*« Le financement du présent régime est assuré par des cotisations à la charge des employeurs, des salariés et des titulaires d'une pension de retraite ou de réversion.*

*Les cotisations assises sur les rémunérations et gains des travailleurs salariés et assimilés sont réparties entre les employeurs et les salariés.*

*Cette répartition s'opère à raison de deux tiers (2/3) à la charge des employeurs et d'un tiers (1/3) à la charge des salariés.*

*L'assiette des cotisations des titulaires d'une pension de retraite ou de réversion servie par la Caisse de prévoyance sociale au titre des régimes de retraite des travailleurs salariés est constituée par le montant de leur pension et bonifications dans la limite du plafond mensuel de rémunérations salariées.*

*Sont exonérés de cotisations, les titulaires de pension de retraite ou de réversion dont le montant de la pension et ses bonifications est inférieur ou égal au montant du revenu minimum garanti aux personnes âgées.*

*Les cotisations sur les pensions de retraite et de réversion sont précomptées lors de chaque versement par la Caisse de prévoyance sociale. »*

(Le reste sans changement).

## CHAPITRE II – DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

**Article LP 7.-** Est institué, pour l'année 2011, un versement forfaitaire exceptionnel à la charge du régime des accidents du travail et des maladies professionnelles, destiné au financement du régime de l'assurance maladie invalidité des travailleurs salariés pour tenir compte des dépenses supportées par ce dernier au titre des accidents et affections non pris en charge en application du décret n° 57-245 du 14 février 1957 modifié.

Ce reversement est fixé à la somme de 906 millions de F CFP.

## TITRE II – RÉGIME DES NON SALARIÉS

**Article LP 8.** – Est inséré après le troisième tiret de l'article 11 de la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées, un quatrième tiret rédigé comme suit :

*- 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.*

**Article LP 9.-** L'article 12 de la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 susvisée est rédigé comme suit :

*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.*

**Article LP 10.-** L'article 14 de la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 modifiée instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées est rédigé comme suit :

*« Article LP 14 - 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. ».*

**Article LP 11.-** Après l'article LP 14 de la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 modifiée, sont insérés les articles LP 14.1 et LP 14.2 rédigés comme suit :

*« Article LP 14.1 - 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.*

*Article LP 14.2 - 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. ».*

**Article LP 12.-** L'article 25 de la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 modifiée est abrogé et modifié comme suit :

*« Article LP 25 - L'assuré ou le bénéficiaire, au cours de la période où il est couvert au titre de l'assurance longue maladie, ne supporte aucune participation aux frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, aux frais d'acquisition et de renouvellement des produits de santé ou des produits et prestations remboursables, uniquement lorsque ces frais sont en rapport direct avec l'affection reconnue comme longue maladie, à concurrence des tarifs de responsabilité de l'organisme de gestion.*

*Toutefois, cette exonération totale n'est pas applicable aux honoraires de consultation ou de visite d'un médecin, remboursés selon un taux fixé par arrêté pris en conseil des ministres.*

*Elle n'est pas applicable aux maladies intercurrentes dont les soins sont remboursés conformément aux dispositions du régime assurance maladie. ».*

### **TITRE III – RÉGIME DE SOLIDARITÉ DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE**

**Article LP 13.-** L'intitulé de la section 3 du Titre III de la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 modifiée instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants est abrogé et modifié comme suit : « *Section 3 - Hébergement et transport terrestre lors d'évacuations sanitaires inter-îles. ».*

**Article LP 14.-** L'article 10 de la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 modifiée instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité de la Polynésie française est rédigé comme suit :

*« Article LP 10 - 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. ».*

**Article LP 15.-** Après l'article 10 de la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 modifiée, sont insérés les articles LP 10.1 et LP 10.2 rédigés comme suit :

*« Article LP 10.1 - 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.*

*Article LP 10.2 - 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. ».*

**Article LP 16.-** L'article 26 de la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 modifiée instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité de la Polynésie française est abrogé et modifié comme suit :

*« Article LP 26 - L'assuré ou le bénéficiaire, au cours de la période où il est couvert au titre de l'assurance longue maladie, ne supporte aucune participation aux frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, aux frais d'acquisition et de renouvellement des produits de santé ou des produits et prestations remboursables, uniquement lorsque ces frais sont en rapport direct avec l'affection reconnue comme longue maladie, à concurrence des tarifs de responsabilité de l'organisme de gestion.*

*Toutefois, cette exonération totale n'est pas applicable aux honoraires de consultation ou de visite d'un médecin, remboursés selon un taux fixé par arrêté pris en conseil des ministres.*

*Elle n'est pas applicable aux maladies intercurrentes dont les soins sont remboursés conformément aux dispositions du régime assurance maladie. ».*

#### **TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES**

**Article LP 17.-** L'article 2 de la délibération n° 2003-76 APF du 22 mai 2003 instituant des avantages de retraite au profit des maîtres et documentalistes de l'enseignement privé est abrogé et modifié comme suit :

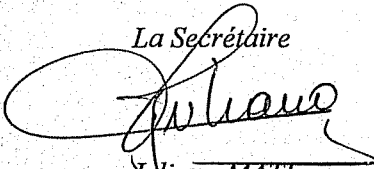
*« Article LP 2 - Affiliation des bénéficiaires de l'avantage de retraite ou de réversion au régime d'assurance maladie invalidité.*


*Les titulaires de l'avantage de retraite défini à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus et leurs ayants droit, ainsi que les titulaires de l'avantage de réversion défini à l'article 6 ci-après et leurs ayants droit, bénéficient des prestations en nature de l'assurance maladie invalidité des travailleurs salariés en application de la délibération n° 74-22 susvisée.*

*Les cotisations à ce régime, fixées par arrêté pris en conseil des ministres, sont précomptées par l'organisme gestionnaire défini à l'article 8 ci-après et reversées à la Caisse de prévoyance sociale. ».*

**Article LP 18.-** Les dispositions des articles LP 3, LP 4, LP 8, LP 9, LP 12 et LP 13 entreront en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2011.

Délibéré en séance publique, à Papeete, le 19 mai 2011

La Secrétaire  
  
Juliana MATI

Le Président  
  
Jacqui DROLLET