



Informations générales sur les spécificités de la couverture sociale pour les ressortissants de la sécurité sociale métropolitaine résidant en Polynésie française

AVERTISSEMENT : Ces informations vous sont fournies à titre purement indicatif sur la base des éléments et renseignements dont dispose le haut-commissariat. Ce dernier ne pourra être tenu pour responsable si les règles en la matière ont évolué entre temps.

► **Sommaire interactif (cliquez sur la rubrique qui vous intéresse pour y accéder)**

| | |
|---|--------------|
| -A- Glossaire | p. 3 |
| -B- Préambule | p. 4 |
| -C- Cadre réglementaire général | p. 5 |
| C-1°/ Numéro SS, NIR, DN et dossier NIR... | p. 5 |
| C-2°/ Principes réglementaires du nouveau dispositif national PUMa de la CNAM | p. 5 |
| C-3°/ Point général sur la couverture sociale des agents publics de l'État affectés en Polynésie française | p. 5 |
| C-4°/ Point sur les ressortissants pensionnés de l'État (retraités titulaires d'une pension civile ou personnes bénéficiaires d'une pension de réversion) | p. 6 |
| C-5°/ Point sur les centres de gestion SS (secteur public de l'État / éducation, Défense + droits non gérés par une CPAM ou une CGSS) | p. 6 |
| C-6°/ Point sur les autres ressortissants de la sécurité sociale (secteur privé – retraités) | p. 6 |
| C-7°/ Point sur les autres ressortissants de la sécurité sociale (secteur privé – en activité) | p. 7 |
| C-8°/ Point sur les autres ressortissants de la sécurité sociale (secteur privé – marine marchande) | p. 7 |
| C-9°/ Point sur les ressortissants SS en disponibilité ou congé sans solde (avec ou sans activité annexe) | p. 8 |
| C-10°/ Lutte contre la fraude et contrôle de la CPAM-94 | p. 9 |
| -D- Cadre particulier des ayants-droit | p. 17 |
| D-1°/ Dérogation particulière pour les ayants-droit majeurs en Polynésie française | p. 17 |
| D-2°/ Gestion des enfants ayants-droit partant étudier au Québec (pour les ressortissants SS rattachés à la CPAM-94) | p. 18 |
| D-3°/ Cas des conjoints d'agents décédés sans couverture sociale propre | p. 19 |
| D-4°/ Cas des autres ayants-droit d'agents décédés sans couverture sociale propre | p. 19 |
| -E- Contexte d'évolution des modes de gestion et impact sur les assurés | p. 20 |
| E-1°/ Petit historique sur les liens et la convention mutuelle entre la sécurité sociale et la CPS | p. 20 |
| E-2°/ Problèmes d'immatriculation | p. 21 |
| E-3°/ Problème d'identification du centre de gestion | p. 22 |
| E-4°/ Point sur les diverses réformes et réorganisations en termes de centres de gestion ou caisses de rattachement (secteur public de l'État hors éducation et Défense / avec droits gérés par le réseau CNAM) | p. 22 |
| E-5°/ Régularisation/fiabilisation des données et des droits auprès de la CPS | p. 24 |
| E-6°/ Attention aux dates et à l'actualisation annuelle des droits auprès de la CPS | p. 24 |

| | |
|--|--------------|
| -F- Cadre général de prise en charge des différents soins | p. 27 |
| F-1°/ Principe du remboursement des soins effectués en PF | p. 27 |
| F-2°/ Principes réglementaires du médecin traitant auprès des 2 organismes sociaux | p. 27 |
| F-3°/ Principe des affections de longue durée (ALD) ou longue maladie (ALM) | p. 28 |
| F-4°/ Principe du remboursement des soins effectués en métropole pour un ressortissant SS .. | p. 29 |
| F-5°/ Prise en charge de l'avance des frais d'évacuation sanitaire (évasan) par la CPS pour un ressortissant SS | p. 29 |
| F-6°/ Principe du remboursement des soins effectués à l'étranger pour un ressortissant SS | p. 30 |
| F-7°/ Principe du remboursement des soins effectués en Nouvelle-Calédonie pour un ressortissant SS | p. 30 |
| -G- Les démarches en ligne et les cartes d'assurance-maladie | p. 31 |
| G-1°/ Étapes pour la création et la finalisation d'un compte Ameli | p. 31 |
| G-2°/ Évolution de la sécurité informatique sur Ameli et nouveau système de mot de passe | p. 35 |
| G-3°/ Que faire de la fenêtre "pop-up" qui apparaît sur Ameli ? | p. 37 |
| G-4°/ Actualisation/fiabilisation des adresses et problématiques multiples du code postal | p. 37 |
| G-5°/ Quelques éclaircissements sur les éventuels champs en rouge sur votre compte Ameli | p. 38 |
| G-6°/ Attention aux faux courriels ou SMS Ameli et aux risques d'hameçonnage | p. 39 |
| G-7°/ Autre usage essentiel d'un compte Ameli : l'accès sécurisé via FranceConnect | p. 40 |
| G-8°/ Comment obtenir une carte Vitale via son compte Ameli ? | p. 41 |
| G-9°/ Comment actualiser sa carte Vitale ? | p. 42 |
| G-10°/ Recours à la carte européenne d'assurance-maladie (CEAM) | p. 42 |
| G-11°/ L'espace numérique santé individuel | p. 44 |
| G-12°/ Étapes pour la création et la finalisation d'un compte Tatou | p. 46 |
| G-13°/ Exemples de visuels d'un compte Tatou à la création et à la navigation | p. 47 |
| G-14°/ Nouvelle gestion des arrêts-maladie par voie électronique | p. 47 |
| G-15°/ Un problème de matériel ou une appréhension pour réaliser ces démarches... des points d'accueil numérique est à votre disposition | p. 48 |
| -H- Informations générales sur la complémentaire santé | p. 49 |
| H-1°/ Pourquoi prendre une complémentaire santé ? En quoi cela consiste-t-il ? | p. 49 |
| H-2°/ Quel choix pour quelle garantie ? | p. 49 |
| H-3°/ Pour qui et pour quoi ? | p. 49 |
| H-4°/ Comment s'y retrouver dans les tarifs ? | p. 50 |
| H-5°/ Vers qui se tourner ? | p. 50 |
| H-6°/ Le référencement dans la fonction publique | p. 51 |
| H-7°/ Gestion du contrat (<i>adhésion, renouvellement, changement, résiliation</i>) | p. 51 |
| H-8°/ Prise en charge partielle pour les agents publics en activité dans une structure de l'État (<i>dispositif en cours d'évolution</i>) | p. 51 |
| -I- Documents et informations nécessaires pour actualiser vos différents droits | p. 53 |
| I-1°/ Documents et informations nécessaires pour actualiser des droits à la SS | p. 53 |
| I-2°/ Documents et informations nécessaires pour actualiser des droits à la CPS | p. 54 |
| -J- Contacts divers | p. 55 |
| J-1°/ Le réseau des référents RH-sécu des administrations de l'État (<i>pour les agents rattachés à la CPAM-94</i>) | p. 55 |
| J-2°/ Le réseau des référents RH-sécu des administrations de l'État (<i>pour les agents non rattachés à la CPAM-94</i>) | p. 56 |
| J-3°/ Structures d'État en Polynésie française disposant d'un service social pour leurs propres personnels et leurs retraités | p. 57 |
| J-4°/ Modalités de contacts de la CNAM et de la CPAM-94 | p. 57 |
| J-5°/ Modalités de contacts de la CNMSS – <i>Service des droits et prestations hors de France (SDPHF)</i> | p. 57 |
| J-6°/ Modalités de contacts de la MGEN – <i>Section extra-métropolitaine</i> | p. 57 |
| J-7°/ Modalités de contacts de la CPS (sur Tahiti et en métropole) | p. 58 |
| J-8°/ Autres contacts utiles en cas d'évasan (<i>associations polynésiennes et d'entraide</i>) | p. 58 |

-A- Glossaire

Service RH = service chargé de la gestion des ressources humaines (gestion du personnel)
PF = Polynésie française
COM = collectivités d'outre-mer
CPS = caisse de prévoyance sociale
SS = sécurité sociale (métropolitaine)
NIR = numéro d'inscription au répertoire
DN = dossier NIR
INSEE = institut national de la statistique et des études économiques
RNIPP = répertoire national d'identification des personnes physiques
RNIAM = répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance-maladie
RO = régime obligatoire
RIB = relevé d'identité bancaire
CNAM = caisse nationale d'assurance-maladie
Ameli = assurance-maladie en ligne
CPAM-94 = caisse primaire d'assurance-maladie du Val-de-Marne
PUMa = protection universelle maladie
URSSAF = union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
DSN = déclaration sociale nominative
DGFIP = direction générale des finances publiques
SRE = service des retraites de l'État
CEAM = carte européenne d'assurance-maladie
CLEISS = centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
CNSE = centre national des soins à l'étranger
CNAREFE = centre national des retraités de France à l'étranger
CNMSS = caisse nationale militaire de sécurité sociale
PSC = protection sociale complémentaire
ENIM = établissement national des invalides de la marine
MGEN = mutuelle générale de l'éducation nationale
MFP = mutualité fonction publique
MGP = mutuelle générale de la police
MFFOM = mutuelle familiale France et outre-mer
MGAS = mutuelle générale des affaires sociales
MGEFI = mutuelle générale de l'économie des finances et de l'industrie
MGET = mutuelle générale de l'équipement et des transports
MSA = mutuelle sociale agricole
GIP Union-Retraite (ex- GIP Info-Retraite) = groupement d'intérêt public pour la mise en place du droit à l'information des assurés sur leur retraite
ENSAP = espace numérique sécurisé des agents publics
RAFP = retraite additionnelle de la fonction publique
IRCANTEC = institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques
CNRACL = caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CNAV = caisse nationale d'assurance vieillesse
RSS = régime de la sécurité sociale (auprès de la CPS)
RNS = régime des non-salariés (auprès de la CPS)
RSPF = régime de solidarité de la Polynésie française (auprès de la CPS)

-B- Préambule

Il est essentiel de comprendre que **le principal responsable et le principal acteur dans le maintien de ses droits à la couverture sociale**, tant au niveau de la sécurité sociale métropolitaine que de la caisse de prévoyance sociale (CPS), **est l'assuré lui-même**.

En outre, **ces démarches pouvant parfois prendre plusieurs mois, il ne faut pas attendre** d'être devant une difficulté ou un problème de santé grave (ex : évasan, hospitalisation, soins onéreux, etc.), sur son lieu de résidence ou en déplacement, **pour s'en inquiéter**.

C'est à l'assuré de **veiller régulièrement à ce que tous ses droits soient à jour**, qu'il soit **en activité ou à la retraite** (ou encore un autre statut), notamment en transmettant ses attestations régulièrement, en consultant ses comptes et en actualisant sa carte Vitale.

Par ailleurs, la création des **comptes personnels Ameli et Tatou** ne peut être réalisée qu'à l'**initiative de l'assuré**.

Il s'agit également pour l'assuré de vérifier qu'il a bien **connaissance de son centre de gestion**, – et si possible le bon –, afin de gérer ses droits au régime obligatoire (RO) d'assurance-maladie (NB : sur le compte Ameli, cliquer sur l'onglet "mes informations" (tout à droite) et consulter ce que contient le 3^e champ "caisse d'assurance-maladie").

Compte tenu de l'articulation entre, d'une part, la caisse d'assurance-maladie métropolitaine (CNAM) et la caisse de prévoyance sociale, et d'autre part, les différentes démarches nécessaires au maintien des différents droits et dispositifs, voici un **récapitulatif des actions à mener** pour un ressortissant de la sécurité sociale résidant en Polynésie française :

- **Priorité n° 1** : s'assurer d'avoir des droits ouverts et à jour auprès de l'assurance-maladie métropolitaine.
→ *On ne peut avoir un compte Ameli (ou MGEN) actif qu'avec des droits SS à jour.*
- **Priorité n° 2** : ouvrir un compte Ameli en ligne.
→ *On ne peut commander une carte Vitale qu'avec un compte Ameli (ou MGEN) actif.*
- **Priorité n° 3** : s'assurer d'avoir des droits ouverts et à jour auprès de la CPS.
→ *On ne peut avoir des droits en tiers-payant à la CPS qu'avec des droits SS à jour.*
- **Priorité n° 4** : ouvrir un compte Tatou en ligne.
→ *On ne peut avoir un compte Tatou actif qu'avec des droits CPS à jour.*
- **Priorité n° 5** : s'assurer d'avoir une carte Vitale à jour et en état de fonctionnement.
→ *On ne peut vérifier les données de la carte sur une borne Vitale que si elle est encore en état.*

Il n'y a aucune antenne de la caisse nationale d'assurance-maladie métropolitaine en Polynésie française.

Pour les agents affectés dans une structure de l'État en Polynésie française, les CEAPF mis à disposition des services de la Polynésie française ou encore ceux qui l'ont été et sont à la retraite, ils peuvent **se rapprocher du service RH de leur structure** d'accueil ou d'origine en cas de difficultés dans la gestion de leurs droits.

Pour les autres, ils peuvent se tourner soit **vers leur centre de gestion** s'ils le connaissent (ex : CNMSS, ENIM, MGEN, MGP, Intériale, autres mutuelles ou CNAREFE), soit vers le haut-commissariat.

À noter toutefois que, même si nos services ont des contacts avec certains organismes de protection sociale métropolitains, le haut-commissariat n'a aucun mandat officiel ni aucune prérogative particulière en matière de couverture sociale et n'est en aucun cas un relais officiel de l'assurance-maladie métropolitaine.

À ce titre; **les agents font leur maximum pour aider et assister les usagers mais ne peuvent être tenus pour responsables en cas d'échec de la démarche ou en termes de délai de traitement.**

Pour tout autre élément ou complément d'informations sur un des 2 systèmes, vous pouvez consulter les sites internet des 2 organismes (CPS → www.cps.pf / Sécurité sociale → www.ameli.fr).

-C- Cadre réglementaire général

C-1°/ Numéro SS, NIR, DN et dossier NIR...

Le numéro d'immatriculation en qualité d'assuré(e) à la sécurité sociale métropolitaine est parfois aussi appelé le NIR pour "numéro d'inscription au répertoire". En l'occurrence, il est issu en premier lieu de votre inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP), géré par l'INSEE, et en second lieu par votre inscription au répertoire national inter-régimes d'identification de l'assurance-maladie (RNIAM), géré par la CNAM.

De son côté, la CPS dispose de son propre système de gestion et de son propre répertoire territorial d'identification des personnes physiques. Ce dernier débouche aussi sur des NIR avec la même signification à l'acronyme mais les données ne sont pas les mêmes.

En outre, après votre déclaration à la CPS, celle-ci vous créera un numéro DN (pour "dossier NIR").

C'est ce numéro DN qui vous sera demandé généralement dans vos interactions avec la CPS et dans les structures médicales ou paramédicales locales.

C-2°/ Principes réglementaires du nouveau dispositif national PUMA de la CNAM



Depuis le 1^{er} janvier 2016, il a été mise en place la protection universelle maladie visant à assurer, par un ensemble de mesures complémentaires les unes des autres, la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé (auparavant dénommés "prestations en nature") dont bénéficient d'ores et déjà les assurés.

Ainsi, la PUMA garantit désormais à toute personne qui travaille ou réside en France*, sans démarche particulière à accomplir, un droit à la prise en charge des frais de santé de manière simple et continue tout au long de leur vie. Cette prise en charge est assurée même en cas de changement de situation professionnelle (ex : perte d'emploi, retraite), familiale (ex : mariage, séparation ou veuvage) ou de résidence.

Ce dispositif est désormais réduit à 2 critères et s'accompagne de nouvelles modalités de contrôle adaptées en particulier pour identifier les personnes ayant quitté le territoire* :

- celles qui exercent une activité professionnelle (salarié, agent public ou travailleur indépendant) ;
- celles qui ont une résidence stable et régulière en France* (étudiant, sans emploi ou retraité).

Cette distinction (personnes qui travaillent / personnes qui résident en France* de façon stable et régulière) remplace les différents statuts qui existaient auparavant. Pour les actifs, c'est l'activité professionnelle qui continue de déterminer le rattachement à un des régimes d'assurance-maladie.

Cela implique que toute personne majeure doit être affiliée sous son propre numéro de sécurité sociale (ou dès 16 ans à sa demande). À ce titre, elle ne peut donc plus être rattachée en qualité d'ayant-droit d'un autre assuré.

En pratique, toute personne majeure est assurée à titre individuel dès sa majorité. Elle peut choisir de percevoir ses remboursements sur son propre compte bancaire, recevoir son propre décompte de remboursement et disposer de son propre compte Ameli, ce qui garantit une meilleure confidentialité des informations sur les frais de santé pris en charge.

Cela signifie également que la notion d'ayant-droit ne concerne plus que les mineurs rattachés à leurs parents.

** La notion de résidence sur le territoire français est définie en lien avec le périmètre de couverture sociale où l'assurance-maladie a une compétence. Cela comprend uniquement la métropole, la Corse et les départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint Barthélemy et Saint Martin). En revanche, cela exclut les collectivités d'outre-mer du Pacifique (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie et Wallis-et-Futuna), ainsi que Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte où il existe des dispositifs propres à chacune de ces collectivités.*

C-3°/ Point général sur la couverture sociale des agents publics de l'État affectés en Polynésie française

Sauf quelques rares exceptions, il existe 2 principaux types de couverture sociale pour les agents selon le statut :

- les fonctionnaires, résidents ou en séjour limité, en activité ou à la retraite, relèvent de la sécurité sociale métropolitaine ;
 - les contractuels, recrutés localement, relèvent de la caisse de prévoyance sociale (CPS).
- C'est ce qu'on appelle le régime obligatoire (RO).

Au niveau national, ce RO peut être géré par le réseau CNAM/CPAM ou faire l'objet d'une délégation de service public vers les mutuelles (ex : MGEN, Intériale, Harmonie, MFP, Solsantis, MGEFI, MFFOM, MGAS, MMJ, MGP, LMDE, etc.) ou d'autres organismes sociaux (ex : CNMSS, ENIM, CARPIMKO, etc.).

À la suite du transfert de gestion de la MFP (et de ses filiales) et d'Harmonie vers le réseau CNAM/CPAM en 2019, c'est la CPAM du Val-de-Marne (CPAM-94) qui a été désignée comme référente pour les agents de l'État affectés dans une des 3 COM du Pacifique.

C-4°/ Point sur les ressortissants pensionnés de l'État (retraités titulaires d'une pension civile ou personnes bénéficiaires d'une pension de réversion)



Depuis le 1^{er} janvier 2023, la gestion de ces pensionnés est transférée au centre national de gestion des retraites de Rennes, y compris pour l'édition des formulaires 980-06 pour le tiers-payant en Polynésie française.

Le formulaire vierge 980-06 est disponible et [téléchargeable](#) sur le site internet du haut-commissariat ([rubrique "Couverture sociale"](#)).

Pour contacter ce service, il est désormais nécessaire d'utiliser les formulaires de contact en ligne du service des retraites de l'État (SRE) :

- pour obtenir un formulaire 980-06 (https://retraitesdeletat.gouv.fr/retraite/formuels?formuel-id=autre_demande);
- pour des renseignements d'ordre général (<https://retraitesdeletat.gouv.fr/retraite/contact>).

C-5°/ Point sur les autres centres de gestion (secteur public de l'État / éducation, Défense + droits *non* gérés par une CPAM ou une CGSS)



CNMSS
L'engagement au service
des militaires



Si votre RO est géré par la CNMSS (pour les militaires) ou des mutuelles comme Intériale, MGP ou MGEN, vous pouvez continuer à dépendre de ces organismes pour la gestion.

Dans ce cas, il vous appartient de faire vous-même les démarches de déclaration de changement de situation auprès de votre organisme de gestion.

La MGEN est, à ce jour, la seule mutuelle disposant d'une antenne en Polynésie française.

NB : Si vous dépendez de la MGEN (et de son application de gestion de facto), vous n'avez pas accès à Ameli, la MGEN ayant son propre portail internet de gestion.

C-6°/ Point sur les autres ressortissants de la sécurité sociale (secteur privé – retraités)



Pour les pensionnés touchant uniquement une pension métropolitaine issue du secteur privé, il faut s'adresser à la CPAM-77 (via le centre national des retraités de France à l'étranger / CNAREFE).



Le CNAREFE est joignable par les moyens suivants :

- via le site d'inscription <www.ameli-rfe.fr> ;
- par téléphone de 08h30 à 17h00 (heures métropolitaines / lundi à vendredi) au +33 / (0)184.901.005 ;
- par voie postale <CPAM de Seine-et-Marne - Service CNAREFE - 77605 Marne-la-Vallée CEDEX 03>.

Il faudra signaler le changement de situation à cette caisse, en fournissant notamment son titre de pension de l'assurance vieillesse métropolitaine, son attestation de droits actuelle à la sécurité sociale métropolitaine et ses futures coordonnées postales en Polynésie française.

Pour ce qui est du formulaire 980-06, qui sert à obtenir ensuite le tiers-payant en Polynésie française auprès de la CPS, il faut s'adresser à la caisse nationale assurance-vieillesse (CNAV) :

- via le site internet de la CNAV et votre espace personnel <<https://www.lassuranceretraite.fr/portail-services-ng/authentication>> (afin que le signalement arrive au service compétent, sélectionnez le service "poser une question à un conseiller" puis le thème "résident à l'étranger" et enfin "soins de santé") ;
- par téléphone de 08h00 à 17h00 (heures métropolitaines / lundi à vendredi) au +33 / (0)971.103.960 ;
- par voie postale <CNAV - Direction des assurés de l'étranger - 15 avenue Louis Jouhanneau - 37078 Tours CEDEX 2>.

Une fois ce formulaire dûment rempli et signé et arrivé(e) en Polynésie française, l'assuré(e) devra aller se déclarer à la CPS.

Outre ce formulaire et une attestation de droits actualisée, il/elle devra fournir un RIB, un acte de naissance et une copie de pièce d'identité en cours de validité.

C-7°/ Point sur les autres ressortissants de la sécurité sociale (secteur privé – en activité)



Si vous êtes salarié(e) ou patenté(e) d'une entreprise établie en métropole et que vous allez **exercer temporairement** votre activité en Polynésie française (même en télétravail), vous pouvez maintenir votre rattachement à la sécurité sociale pour une **durée maximale de 3 ans**.

Si vous souhaitez pouvoir bénéficier du tiers-payant pour vos soins en Polynésie française, il faudra, dans un premier temps, que votre employeur déclare votre nouvelle situation à l'URSSAF via le formulaire Cerfa 11559-03, puis vous devrez demander les formulaires 980-01 (dans tous les cas) et 980-04 (si ayant-droit) à votre centre de gestion puis vous déclarer à la CPS à votre arrivée. Votre employeur peut également faire la demande de formulaires en ligne via l'URSSAF et le centre national de gestion de la mobilité internationale (<https://www.urssaf.fr/portail/home/employeur/mission-a-letranger/votre-salarie-part-en-mission-a.html>).



En revanche, si vous relevez du régime agricole, il faut vous rapprocher de la mutualité sociale agricole (MSA / <https://www.msa.fr/lfp/contact>).

Si votre mission temporaire devait durer plus de 3 ans, il vous faudra alors :

- soit obtenir préalablement une autorisation conjointe (SS+CPS) de prolongation de vos droits SS auprès de l'URSSAF ou de la MSA et de votre tiers-payant auprès de la CPS (par un nouveau formulaire Cerfa 11559-03, puis de nouveaux formulaires 980-01 et 980-04) ;
- soit vous rattacher et cotiser directement à la CPS.

C-8°/ Point sur les autres ressortissants de la sécurité sociale (secteur privé – marine marchande)



L'établissement national des invalides de la marine (ENIM - <https://www.enim.eu/enim> - <https://secureportail.enim.eu/>) est un établissement public administratif gérant le régime spécial de sécurité sociale des marins à la pêche, la conchyliculture, la plaisance professionnelle et au commerce, ainsi que les contributions et les cotisations des employeurs et des salariés à ce régime.

L'ENIM assure la couverture maladie et accident des ayant-droits et la gestion des secours, ainsi que le régime spécial de retraite des marins.

En Polynésie française, seuls sont affiliés à l'ENIM les marins embarqués à titre professionnel sur des navires de plus de 10 tonnes, immatriculés sur le territoire de la Polynésie française non armés à la pêche. À ce titre, il est indispensable d'avoir un numéro de marin définitif.

Dans ce contexte, il existe également des accords particuliers entre l'ENIM et la CPS pour le tiers-payant.

Le service d'État des affaires maritimes est le point de contact de l'ENIM en Polynésie française (<http://www.sam.polynesie-francaise.developpement-durable.gouv.fr/s-affilier-a-l-enim-r64.html> / plus de 1 600 ayant-droits ou pensionnés du secteur de la marine marchande).



Le service d'État des affaires maritimes en Polynésie française est joignable selon les modalités suivantes :

- ouvert au public du lundi au jeudi 07h30-11h30 et 13h00-15h00 / le vendredi 07h30-11h30 ;
- personnes-relais de l'ENIM : Mme Danielle LUCAS (danielle.lucas@affaires-maritimes.pf – 40.549.529) et M. Joseph GIBSON (joseph.gibson@affaires-maritimes.pf – 40.549.531) ;
- adresse géographique : Motu Uta (à côté du centre des métiers de la mer et de la direction régionale des douanes) – Papeete – Tahiti ;
- adresse postale : BP 9096 – 98716 Pirae – Tahiti

C-9°/ Point sur les ressortissants SS en disponibilité ou congé sans solde (avec ou sans activité annexe)

Un ressortissant(e) de la sécurité sociale résidant en Polynésie française peut perdre sa couverture sociale s'il demande une disponibilité ou un congé sans solde. De fait, il ne remplira plus ni le critère d'activité (plus de cotisations) ni le critère de résidence (hors métropole-DOM) du dispositif PUMA.

Toutefois, il peut conserver un droit aux remboursements de frais de santé pendant une durée maximale d'un an au titre de son activité antérieure.

Selon le contexte, pendant ou après cette période, il y aura alors différentes options :

- si vous avez une autre activité salariée pendant cette période, ce sera à votre employeur de vous déclarer directement soit auprès de la CPS soit auprès de la sécurité sociale (selon le mode de recrutement et le lieu d'exercice) ;
- si vous avez une activité libérale (autoentrepreneur ou société) pendant cette période, ce sera à vous-même de vous déclarer directement soit auprès de la CPS soit auprès de la sécurité sociale (selon le lieu du siège de la société et le lieu d'exercice) ;
- si vous n'avez aucune activité rémunérée et que votre conjoint(e) dispose de sa propre couverture sociale pendant cette période, il faudra que vous basculiez en statut d'ayant-droit sur sa couverture ;
- si vous n'avez aucune activité rémunérée et aucune possibilité d'être rattaché(e) en qualité d'ayant-droit sur la couverture sociale d'un tiers, votre situation dépendra de vos éventuels revenus annexes et de vos revenus antérieurs :
 - si, pendant cette période, vous percevez des revenus, quelle que soit leur nature (loyer, allocation, indemnité, pension, etc.) et que ceux-ci dépassent le plafond* fixé pour bénéficier du régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF), vous devrez vous affilier au régime des non-salariés (RNS) et cotiser selon ces revenus auprès de la CPS ;
 - si, pendant cette période, vous vivez sur vos revenus sous forme de rente, d'épargne ou de cagnotte, vous devrez également vous affilier au régime des non-salariés (RNS) auprès de la CPS, déclarer vos revenus annuels perçus au titre de l'année n-1 et cotiser selon ces revenus (montant plancher si vous n'aviez que des revenus salariés / montant modulable si vous perceviez ou percevez d'autres revenus non-salariés).
 - si, cette période perdure au-delà d'un an et que vous n'avez aucun revenu à déclarer au titre de l'année précédente, vous pourrez alors vous affilier au régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF) auprès de la CPS.

* Retrouvez les différentes valeurs du plafond selon la composition familiale au lien suivant :

<<http://www.cps.pf/espace-assure/droits-et-demarches/par-situation-professionnelle/vous-etes-sans-activite>>.

La situation est similaire en cas de démission ou de licenciement **sauf pour le maintien provisoire des droits** (perte directe des droits en qualité d'ouvrant-droit au titre de la précédente activité).

Afin de constituer votre dossier de RNS ou de RSPF, vous devrez vous rapprocher du service "affiliation" de la CPS au niveau de son siège central ou dans une de ses antennes.

Outre les formulaires-types de la CPS à remplir et signer (disponibles sur le site de la CPS), il faudra aussi fournir une pièce d'identité, un justificatif de résidence d'au moins 6 mois en Polynésie française, l'attestation de radiation ou de fin de droits de la sécurité sociale, l'acte formalisant la cessation d'activité temporaire ou définitive (arrêté de mise en disponibilité, de congé sans solde, de radiation, de licenciement ou de constatation de démission), ainsi que l'ensemble des bulletins de paie de l'année n-1.

→ IMPORTANT : Afin de conserver une couverture sociale en continu lors de votre changement de position statutaire, il vous faudra anticiper, aussi bien dans votre prévisionnel de dépenses que dans celui des procédures administratives, le coût de ces cotisations et les démarches à réaliser en amont et en aval, et prévenir dans les meilleurs délais les organismes sociaux concernés.

En outre, les nouveaux droits ne pourront prendre effet qu'après réception du dossier complet.

C-10°/ Lutte contre la fraude et contrôle de la CPAM-94

Dans le cadre de la lutte contre la fraude, la CPAM-94 réalise chaque année des contrôles par échantillonnage auprès de ses assurés.

Ce contrôle consiste d'abord à l'envoi d'un courriel (cf. exemple ci-après) vous indiquant qu'un document important est disponible dans votre espace Ameli (cf. exemples ci-après).

IMPORTANT : Assurez-vous...

- 1- d'avoir bien indiqué une adresse électronique valide sur votre compte Ameli ;
- 2- d'avoir bien coché que vous acceptez de recevoir des alertes infos sur cette adresse électronique ;
- 3- d'actualiser vos coordonnées électroniques sur Ameli si vous changez d'adresse électronique (notamment si vous avez indiqué une adresse professionnelle et que vous changez de situation).

NB : Pensez aussi à prévenir vos référents RH-sécu quand vos coordonnées personnelles ou professionnelles changent (postales, téléphoniques ou électroniques).

Si vous n'avez pas consulté votre messagerie électronique et/ou compte Ameli, vous êtes susceptible quelques semaines plus tard de recevoir une relance par courrier avec mise en demeure (cf. exemples ci-après).

NB : Le message sur la page d'accueil de votre compte Ameli est encore consultable 6 mois maximum après sa mise en ligne (cf. exemple ci-après).

ATTENTION : Si vous êtes concerné(e) par ce contrôle, **vous n'avez en revanche qu'un temps déterminé pour régulariser votre situation**, faute de quoi vos droits seront automatiquement fermés au lendemain de la date-butoir indiquée sur le courrier. **Cela aura aussi un impact sur votre compte Ameli (accès suspendu) et sur votre/vos carte(s) Vitale (désactivation automatique).**

La variation des différents courriers est due au motif de contrôle et à l'état d'avancement du contrôle.
3 types de contrôle PUMa :

- le changement de résidence (notamment si départ à l'étranger) ;
- la régularité de séjour en France ;
- le contrôle de résidence (même pour un salarié ou un fonctionnaire / automatique si aucune mise à jour n'a été faite sur les données pendant au moins 2 ans).

Le contrôle consiste à vérifier et à justifier :

- 1- soit que vous résidez bien en métropole depuis au moins 6 mois ;
- 2- soit que vous travaillez toujours (ou que vous êtes à la retraite) et que vous cotisez toujours à la sécurité sociale.

Dans le cas d'un agent de l'État résidant en Polynésie française, il ne faut justifier que du point 2 (activité professionnelle ou retraite) et **SURTOUT PAS** du point 1 (au risque de vous faire radier avec une adresse polynésienne).

Les pensionnés peuvent aussi être concernés par ce contrôle (fournir titre de pension avec mention de la date d'effet).

Les pièces justificatives sont :

- 1- soit votre dernier bulletin de paie, soit votre dernier bulletin de pension ;
- 2- le formulaire dûment rempli (si vous l'avez reçu, à défaut le courrier relatif au contrôle / cf. exemples ci-après) ;
- 3- une copie de pièce d'identité (CNI ou passeport en cours de validité).

Pour que ce soit traité au plus vite, il convient ensuite de fournir très rapidement ces documents à vos référents RH-sécu référents RH-sécu qui les transféreront ensuite à la CPAM-94 par courriel.

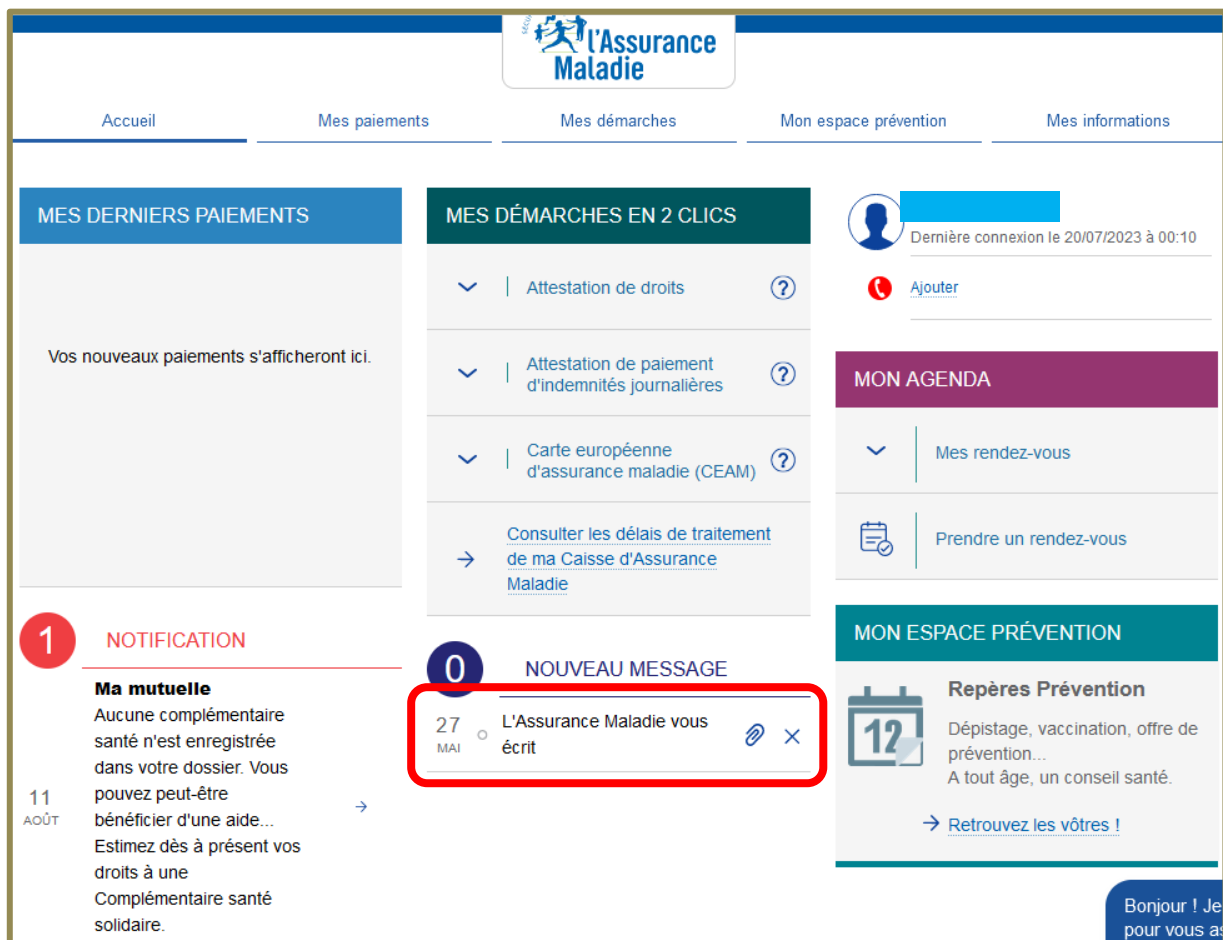
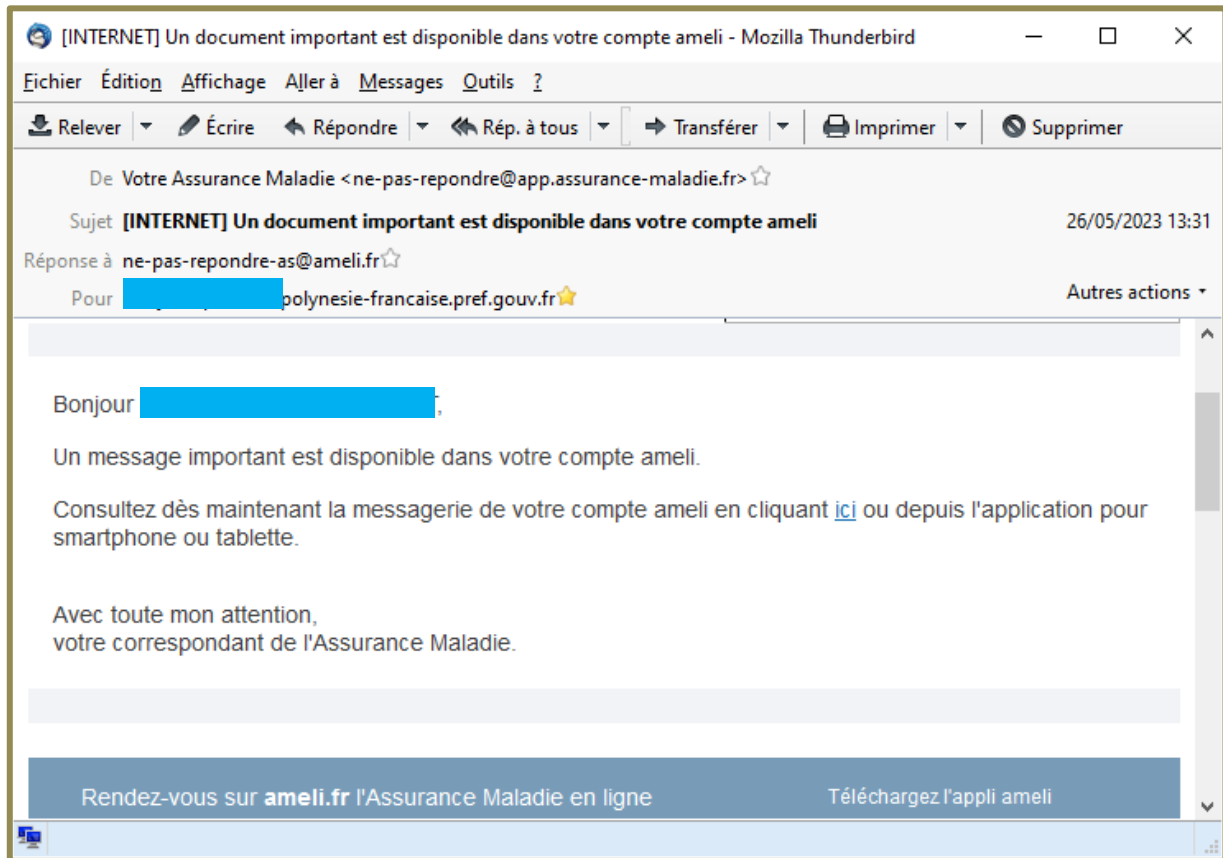
En théorie, les fonctionnaires d'État ne devraient pas avoir ce contrôle mais cela est dû à notre mode de gestion des cotisations SS (hors champ DSN numérique et hors base DGFIP).


À noter que, si votre régime obligatoire est géré par une mutuelle dédiée aux fonctionnaires (ex : Intériale, MGP, MGEN, CNMSS, etc.), les éventuels contrôles relèvent de la responsabilité de la mutuelle qui est libre de les organiser comme elle le souhaite.

Pour celles et ceux dont le RO est géré par la CPAM-94, en tant qu'agents ou pensionné(e)s de l'État, un accord a été trouvé en février 2024 de sorte à éviter ces contrôles de masse. Toutefois, si vous avez été concerné(e) par une des 3 vagues de contrôle diligentées en 2023 (dont les dernières mises en demeure sont arrivées en janvier-février 2024), il vous appartient toujours de régulariser votre situation.

Ce n'est qu'après cette phase de régularisation que vous pourrez à nouveau avoir accès à votre compte Ameli. Ensuite, il vous faudra recommander une/des nouvelles carte(s) Vitale.


Vous trouverez ci-après les copies-écran du message électronique, des messages sur Ameli et des courriers de réponse et de relance.







AccueilMes paiementsMes démarchesMon espace préventionMes informations

MON ESPACE D'ÉCHANGESvotre email : a***@p***.fr

 Messages reçus

 Messages envoyés

 J'ai une question

L'Assurance Maladie vous écrit


De : Assurance Maladie 27/05/23 01:30
Sera supprimé le 27/11/23

Bonjour,

Vous trouverez ci-dessous un courrier administratif. Ce document vous concerne personnellement, ne tardez pas à le consulter.

Avec toute mon attention,
votre correspondant de l'Assurance Maladie.

Important : passé un délai de 6 mois, vos messages seront automatiquement supprimés. Pensez à les télécharger en PDF pour les archiver.


Votre document à télécharger 

SUPPRIMER

TÉLÉCHARGER EN PDF

IMPRIMERRETOUR

De : L'Assurance Maladie
Objet : L'Assurance Maladie vous écrit
Date : 27/05/2023 - 01:30



Bonjour,

Vous trouverez ci-dessous un courrier administratif. Ce document vous concerne personnellement, ne tardez pas à le consulter.

Avec toute mon attention,
votre correspondant Assurance Maladie.

Important : passé un délai de 6 mois, vos messages seront automatiquement supprimés. Pensez à les télécharger en PDF pour les archiver.

Spécificités de gestion de la couverture sociale pour les ressortissants SS en PF

[Retour au sommaire](#)

page 11 / 58



Val-de-Marne

Mon numéro : [redacted]
Mon nom ou celui de mon ayant droit : [redacted]

3646 Service gratuit + prix appel

Affaire suivie par : AMELI MARTIN CPAM 941
Référence : CNTN11-B

M. [redacted]
TAHITI POLYNESIE FRANCAIS
98716 PIRAE

mon
parcours
d'assuré

Le 25/05/2023

> MISE À JOUR DE VOTRE SITUATION

Monsieur,

L'Assurance Maladie vérifie et actualise régulièrement les droits de ses bénéficiaires.

Dans le cadre de nos vérifications périodiques, nous vous invitons à nous préciser votre situation actuelle pour mettre à jour votre dossier.

Vous devez, pour continuer à être remboursé(e) de vos frais de santé :

- répondre au questionnaire au recto ;
- retourner ce courrier accompagné des pièces justificatives avant le 24/06/2023.



Pour avoir plus de détails sur la procédure de demandes de pièces, rendez-vous sur ameli.fr, dans la rubrique Droits et Démarches > Principes généraux > La protection universelle maladie.

Avec toute mon attention,
AMELI MARTIN CPAM 941
Votre correspondant de l'Assurance Maladie



Articles L 111-1, L 114-10-1 à L 114-10-3, R111-2, R 114-10, R 114-10-1, R115-7 du code de la Sécurité Sociale
Arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R 111-3 du code de la sécurité sociale

l'Assurance Maladie
du Val-de-Marne

94031 CRETEIL CEDEX

A chaque public son numéro

Assurés 3646 Service gratuit + prix appel

Employeurs 3679 Service gratuit + prix appel

Professionnels de Santé 3608 Service gratuit + prix appel

ameli.fr

02-2021 CPAM 4520

Nbn numéro : [REDACTED]

Nbn nom ou celui de mon ayant droit [REDACTED]

Votre situation

| N'oubliez pas de joindre une photocopie de toute(s) pièce(s) justifiant de votre situation ! | | |
|---|---|--|
| ① | Vous êtes de nationalité française ou ressortissant européen ¹ | Joindre une photocopie de votre carte d'identité ou de votre passeport |
| | Vous êtes d'une autre nationalité | Joindre une photocopie de votre titre de séjour ou tout document de séjour |
| ET | | |
| ② | Vous habitez à l'étranger | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, indiquer La date de départ du territoire français _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Le motif de ce départ : <input type="checkbox"/> Détachement temporaire du _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ au _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Expatriation <input type="checkbox"/> Autre à préciser : L'adresse de résidence à l'étranger : |
| | OU Vous avez fait une déclaration de revenus l'année passée pour une résidence en France | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | OU Vous exercez une activité professionnelle en France | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | OU Vous percevez des allocations chômage | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | OU Vous percevez des prestations familiales versées par la CAF | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, indiquez votre numéro d'allocataire _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| | OU Vous percevez une retraite, l'allocation de solidarité aux personnes âgées, l'allocation supplémentaire d'invalidité, le minimum vieillesse, l'allocation veuvage | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| >>>> Renvoyez ce courrier avec les pièces demandées Si vous n'avez coché aucun ou rien rubrique ☺ adressez les pièces demandées au ☺ | | |
| ③ Les documents doivent permettre de justifier de 6 mois de résidence en France sur les 12 derniers mois | Vous avez une adresse personnelle | Copie de vos quittances de loyer ou des factures avec consommation d'énergie ou des factures d'hôtellerie |
| | Vous êtes hébergé par un particulier joindre | Copie de son dernier avis d'impôt ou de ses quittances de loyer Copie de sa pièce d'identité et une attestation d'hébergement (attestation téléchargeable sur https://www.service-public.fr/simulateur/calcul/AttestationHebergement) |
| | Vous êtes hébergé dans un centre d'hébergement | Joindre un certificat d'hébergement de ce centre |
| | Vous êtes domicilié auprès d'un organisme agréé | Joindre une attestation de domiciliation établie par cet organisme |

[1] Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Slovaquie, Suède.

Mon numéro : [REDACTED]
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
[REDACTED]

3646 Service gratuit
prix appel

Affaire suivie par : AMELI MARTIN CPAM 941
Référence : CRNC1-B

Mme [REDACTED]
98712 PAPARA

Le 10/07/2023

mon
parcours
d'assuré

> MISE À JOUR DE VOTRE SITUATION

Madame,

L'Assurance Maladie vérifie et actualise régulièrement les droits de ses bénéficiaires.

Dans le cadre de nos vérifications périodiques, nous avons besoin de vérifier que les conditions de stabilité et de régularité de votre séjour en France sont remplies. C'est-à-dire que vous avez habité en France au moins 6 mois au cours des 12 derniers mois ou que vous travaillez en France et que vous détenez une pièce d'identité ou un document de séjour en fonction de votre situation.

Pour continuer à être remboursé(e), vous devez :

- répondre au questionnaire joint à ce courrier ;
- joindre ce courrier à votre envoi.



Vous devez nous renvoyer ce courrier et la photocopie de votre titre ou document de séjour **avant le 08/09/2023** pour continuer à être remboursé(e) de vos frais de santé.



Pour avoir plus de détails sur la procédure de demandes de pièces, rendez-vous sur ameli.fr, dans la rubrique Droits et Démarches > Principes généraux > La protection universelle maladie.

Avec toute mon attention,
AMELI MARTIN CPAM 941
Votre correspondant de l'Assurance Maladie



→ Articles L 111-1, L 114-10-1 à L 114-10-3, R 111-2 à R 111-4, R 114-10, R 114-10-1, R 115-7, D 160-2 du code de la Sécurité Sociale
Arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R 111-3 du code de la sécurité sociale

**l'Assurance Maladie
du Val-de-Marne**

94031 CRETEIL CEDEX

A chaque public son numéro

Assurés **3646** Service gratuit
prix appel

Employeurs **3679** Service gratuit
prix appel

Professionnels de Santé **3608** Service gratuit
prix appel

ameli.fr

02-2021 CPAM 4620

Exemple 2 (verso)

Mon numéro : [redacted]
 Mon nom ou celui de mon ayant droit :
 [redacted]

Pièces à joindre selon votre situation

- | | | |
|----------|--|---|
| 1 | Vous êtes de nationalité française ou ressortissant européen¹ : | Joindre une photocopie de votre carte d'identité ou de votre passeport |
| | Vous êtes d'une autre nationalité : | Joindre une photocopie de votre titre de séjour ou tout document de séjour |
| et | | |
| 2 | Vous avez fait une déclaration de revenus l'année passée : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| | | Si oui, joindre une copie de votre avis d'imposition ou votre avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu |
| | Vous exercez une activité professionnelle : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| | | Si oui, joindre une photocopie de toute pièce justifiant de cette situation (votre dernier contrat de travail ou bulletin de paie...) |
| OU | Vous percevez des allocations chômage : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| OU | Vous percevez des prestations familiales versées par la CAF | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| OU | | Si oui, indiquez votre numéro d'allocataire [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| OU | Vous percevez une retraite, l'allocation de solidarité aux personnes âgées, l'allocation supplémentaire d'invalidité, le minimum vieillesse, l'allocation veuvage . | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| | | Si oui, joindre une photocopie de toute pièce justifiant de cette situation (titre de pension...) |

>>>> Renvoyez ce courrier avec les pièces demandées

Si vous n'avez coché aucun oui en rubrique **2** envoyez les pièces demandées au **3**

- 3**
Les documents doivent permettre de justifier de 6 mois de résidence en France sur les 12 derniers mois
- | | | |
|----------|---|--|
| 3 | Vous avez une adresse personnelle : | Copie de vos quittances de loyer ou des factures avec consommation d'énergie ou des factures d'hôtellerie |
| | Vous êtes hébergé par un particulier joindre : | Copie de son dernier avis d'impôt ou de ses quittances de loyer Copie de sa pièce d'identité et une attestation d'hébergement (attestation téléchargeable sur https://www.service-public.fr/simulateur/calcul/AttestationHebergement) |
| | Vous êtes hébergé dans un centre d'hébergement : | Joindre un certificat d'hébergement de ce centre |
| | Vous êtes domicilié auprès d'un organisme agréé : | Joindre une attestation de domiciliation établie par cet organisme |

[1] Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Slovénie, Suède.



Val-de-Marne

CPAM 941 L'assurance maladie du Val de Marne
94031 Créteil

0214955388 623736 100
eco'pli CI 1505 26.07.23 59 LILLE PIC

Mon identifiant : [REDACTED]

Mon nom ou celui de mon ayant droit :
[REDACTED]

3646 Service gratuit
+ prix appel

Affaire suivie par : AMELI MARTIN CPAM 941

Référence : CNTN2-A

Mme [REDACTED]
PIRAE
98716 PIRAE

mon
parcours
d'assuré

Le 21/07/2023

> NOTIFICATION DE FERMETURE DE VOS DROITS A L'ASSURANCE MALADIE

Madame [REDACTED]

Vous n'avez pas répondu à notre courrier du 25/05/2023 pour justifier que vous avez habité au moins 6 mois en France au cours des 12 derniers mois ou que vous travaillez en France.

Vous avez encore 45 jours pour nous envoyer vos documents.



Si vous ne le faites pas, nous procéderons à la fermeture de vos droits à l'Assurance Maladie à compter du 04/09/2023.

En conséquence :

- vous risquez de devoir rembourser des frais de santé s'ils sont payés par l'Assurance Maladie ;
- vous devrez aussi nous renvoyer votre carte Vitale ainsi que votre carte européenne d'assurance maladie (CEAM) si vous en possédez une.

Il sera mis fin au bénéfice de votre Complémentaire santé solidaire, pour vous et pour les membres de votre foyer.

Si vous n'êtes pas d'accord avec cette décision, vous pouvez la contester en écrivant dans un délai de deux mois à la Commission de Recours Amiable :

Commission de Recours Amiable CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU VAL DE MARNE

SERVICE COMMISSION DE RECOURS AMIABLE 94031 CRETEIL CEDEX

Vous devez indiquer dans votre courrier vos motifs de désaccord avec cette décision et joindre tous les documents appuyant votre contestation, ainsi qu'une copie du présent courrier.



Si votre situation évolue, vous pourrez solliciter une nouvelle ouverture de droit en téléchargeant le formulaire sur www.ameli.fr à partir de l'onglet FORMULAIRE situé à droite de l'écran.

Cordialement,
AMELI MARTIN CPAM 941
Votre correspondant de l'Assurance Maladie



→ Articles : L 114-10-3, L.861-1, L.861-5, R 114-10-1, R111-2, L.142-4, R 142-1, R.861-16-5 du code de la sécurité sociale

**l'Assurance Maladie
du Val-de-Marne**

94031 CRETEIL CEDEX

A chaque public son numéro

Assurés 3646 Service gratuit
+ prix appel

Employeurs 3679 Service gratuit
+ prix appel

Professionnels de Santé 3608 Service gratuit
+ prix appel

ameli.fr

02-2021 CPAM 4 520

586504495536813401

7714

-D- Cadre particulier des ayants-droit

D-1°/ Dérogation particulière pour les ayants-droit majeurs en Polynésie française

Pour les raisons indiquées préalablement (cf. [point C-3](#)), le système national PUMa n'est pas applicable en Polynésie française. Or, la CPS fonde l'octroi d'une couverture sociale à une condition de résidence de minimum 6 mois et selon l'activité et/ou les revenus de la personne.

Dès lors, si votre conjoint(e), partenaire ou concubin(e) n'a pas d'activité professionnelle en Polynésie française, il/elle ne sera par défaut ni couvert(e) par la sécurité sociale ni par la CPS à son arrivée, cette dernière exigeant 6 mois de résidence et un plafond social selon les revenus du ménage pour le régime de solidarité.

Comme indiqué précédemment, l'article R. 111-2 du Code de la sécurité sociale précise que, pour bénéficier d'une ouverture de droits à la prise en charge de leurs frais de santé, sont considérés comme résidant en France de manière stable les personnes qui ont le foyer ou le lieu de séjour principal sur le territoire métropolitain, en Guadeloupe, Guyane, à la Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin.

L'article L. 160-4 du Code de la sécurité sociale est applicable aux ayants-droit de fonctionnaires d'État en situation de détachement en Polynésie française et prévoit que les membres de la famille bénéficient également de la prise en charge de leurs frais de santé lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle à charge d'un assuré du régime de sécurité sociale français qui ne résident pas en France et bénéficient d'une telle prise en charge en application d'une convention internationale.

En complément, l'article 20 du décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 de coordination entre la métropole et la Polynésie française, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1995, prévoit bien que les ayants-droit d'un travailleur salarié ou assimilé ou non salarié, occupé en Polynésie, qui résident habituellement en métropole, et les ayants-droit d'un travailleur salarié ou assimilé ou non salarié, occupé en métropole, qui résident habituellement en Polynésie, ont droit au bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

La qualité d'ayant-droit ainsi que l'étendue, la durée et les modalités du service desdites prestations sont déterminées conformément à la législation ou réglementation du territoire de résidence de ces ayants-droit.

Le service des prestations est assuré par l'institution compétente du territoire de résidence des ayants-droit et la charge de ces prestations incombe au régime d'affiliation du travailleur, qui les rembourse au régime de sécurité sociale du territoire de résidence de la famille, sur présentation des pièces justificatives.

À noter que les dispositions de cet article 20 ne sont pas applicables si les membres de la famille bénéficient d'un droit propre aux prestations des assurances maladie-maternité.

Ainsi, même si ce dispositif d'adjonction d'un ayant-droit majeur n'existe plus en métropole ou dans les DOM, il est exceptionnellement encore existant pour un ressortissant de la sécurité sociale métropolitaine résidant en Polynésie française à la condition que ses potentiels ayants-droit n'aient d'autre modalité d'accès à une couverture sociale.

Néanmoins, cet accord dérogatoire n'a été formalisé et diffusé qu'au niveau des services centraux de la CNAM, du CNSE et de la CPAM-94, cette dernière étant le centre de gestion des agents publics ressortissants SS affectés en Polynésie française (hors éducation et défense).

De ce fait, aucune autre CPAM n'acceptera de vous rajouter un ayant-droit majeur. En outre, ce rajout n'est pas automatique.

Par ailleurs, au moment du transfert de gestion entre la MFP et la CPAM-94, la mise en extinction du principe national et général de rattachement d'ayants-droit majeur a entraîné notamment la suppression automatique de ces ayants-droit qui étaient à l'origine sur les couvertures sociales des assurés.

Dès lors, il faut en premier lieu vous rattacher à la CPAM-94 (sauf éducation et défense) puis ajouter votre conjoint(e) sur votre couverture en qualité d'ayant-droit.

Afin de permettre l'inscription d'un conjoint/concubin, l'assuré doit joindre le formulaire Cerfa 14411-01, la copie de son acte de mariage/concubinage/PACS, une copie de la pièce d'identité (uniquement passeport ou CNI), l'acte de naissance du conjoint/concubin et toute pièce justifiant sa situation professionnelle actuelle (sans emploi ni couverture sociale).

Elle permet aussi de maintenir les enfants à charge (sans emploi ni couverture sociale) jusqu'à 18 ans.

Dans la continuité, il faudra aussi penser à ajouter les éventuels enfants qui seraient uniquement ayants-droit sur la couverture sociale de votre conjoint(e), partenaire ou concubin(e) et qui aurait perdu ses droits d'assuré(e) principal(e) en raison d'un changement de sa situation professionnelle et/ou de sa résidence.

Pour l'ajout d'un enfant mineur, il faut accompagner le formulaire Cerfa 14445-02, de son acte de naissance, de sa pièce d'identité et du livret de famille.

Dans tous les cas, il faudra que ces ayants-droit apparaissent sur l'attestation de droits de l'assuré(e) principal(e) afin qu'ils puissent être pris en compte en tant que tels au titre des accords avec la CPS.

En revanche, si votre enfant ayant-droit part étudier en métropole, il faudra alors que celui-ci, une fois arrivé sur place, demande son "autonomisation" (passage d'un statut d'ayant-droit à ouvrant-droit) auprès de la CPAM du ressort de son lieu d'études.

Si vos enfants ne sont plus étudiants (quel que soit leur âge), ils devront avoir leur propre couverture sociale auprès de la CPS ou de la sécurité sociale, en fonction de leur lieu de résidence.

Il en est de même pour ceux qui sont étudiants et qui ont plus de 18 ans.

À noter que, si vos enfants étudiant en métropole vous rendent visite et/ou viennent faire leur stage en Polynésie, ils devront penser, avant de venir ou rentrer, à demander un formulaire SE-980-04 à leur CPAM de rattachement puis à se déclarer à la CPS afin de bénéficier d'une couverture en tiers-payant pendant leur séjour en Polynésie française. Sinon, ils devront avancer tous les frais et se faire rembourser ensuite par leur CPAM.

D-2°/ Gestion des enfants ayants-droit partant étudier au Québec (pour les ressortissants SS rattachés à la CPAM-94)



→ Informations liminaires :

- 1- Cela ne concerne que les étudiants basés dans la province du Québec (et non pas tout le Canada).
- 2- Cela ne concerne que les étudiants disposant d'une couverture sociale auprès de la sécurité sociale métropolitaine (en qualité d'assuré principal ou d'ayant-droit).
- 3- La CPS n'a pas d'accord de coordination avec le Canada (ni avec les pays européens).

Les demandes doivent être adressées à la CPAM-94 via votre gestionnaire RH.

La CPAM-94 les transmettra ensuite au pôle des relations internationales (TRAM-RI) de la CPAM de l'Essonne qui instruira le dossier.

Les éléments et pièces à fournir sont les suivants :

- formulaire de conventionnement ou protocole d'entente (SE 401-Q-102 pour la province du Québec) ;
- attestation de droits à la sécurité sociale métropolitaine justifiant la prise en charge de l'ayant-droit avant son départ ;
- justificatif/lettre d'admission dans un établissement supérieur québécois ;
- date de départ de la personne concernée ;
- adresse postale de la personne concernée au Québec.

IMPORTANT : L'instruction de la demande peut prendre plusieurs semaines. N'attendez pas la dernière minute pour effectuer vos démarches.

Dès qu'il/elle sera arrivé(e) au Québec, l'étudiant(e) devra se déclarer auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) en fournissant les documents suivants :

- le formulaire dûment rempli et signé par la caisse d'assurance-maladie ;
- le certificat d'acceptation pour études délivré le ministère québécois des relations avec les citoyens et de l'immigration ;
- une attestation d'inscription dans une université québécoise ;
- une pièce d'identité justifiant de la nationalité française en cours de validité (passeport ou CNI) ;
- un relevé d'identité bancaire.

À NOTER ÉGALEMENT : La réglementation précise que l'étudiant(e) inscrit(e) au Québec et auquel il a été remis un formulaire SE 401-Q-102 au moment du départ voit ses **droits temporairement suspendus en France** et sa carte Vitale est invalidée (ainsi que sa carte européenne d'assurance-maladie, s'il/elle en détient une).

En effet, il devient un(e) affilié(e) du régime québécois et le reste pendant toute la durée de ses études au Québec, même pendant ses séjours temporaires en France.

En cas de séjour hors du Québec, y compris en France, durant la période de validité de son autorisation de séjour pour études au Québec, l'étudiant(e) est couvert(e) par le régime de santé du Québec, à l'exception de l'assurance médicaments.

Si l'étudiant(e) a des frais médicaux ou hospitaliers lors de ses séjours hors du Québec, il/elle devra présenter les factures acquittées à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) à son retour au Québec pour en demander le remboursement.

NB : Pour les ressortissants SS relevant d'une autre caisse, rapprochez-vous de votre organisme de gestion.

D-3°/ Cas des conjoints d'agents décédés sans couverture sociale propre

Dès lors que le titre de pension est émis, celui-ci inclus une cotisation à la sécurité sociale métropolitaine et permet au(x) bénéficiaire(s) de cette pension qui ne dispose(nt) pas d'une couverture sociale à titre personnel d'être affilié(e-s) en basculant du statut d'ayant-droit à ouvrant-droit par le biais de cette pension (et sur critère de résidence).

ATTENTION : Les droits de la personne ayant-droit sautent automatiquement au décès de l'ouvrant-droit car les droits de ce dernier sont coupés à la date du décès.

Si le titre de pension de réversion est émis quelques mois après le décès, – le temps que le dossier soit traité (cela peut prendre 6 mois pour l'obtenir) – il doit néanmoins pouvoir ouvrir des droits de façon rétroactive à compter du 1^{er} jour du mois suivant le décès, permettant ainsi une continuité des droits.

Néanmoins, à défaut de dispositif PUMa applicable en PF (cf. [point C-3](#)), un système palliatif a été mis en place pour garantir une continuité des droits de façon provisoire en attendant le nouveau titre de pension. Ainsi, après réception par la CPAM-94 de l'acte de décès de l'ouvrant-droit, du justificatif de dépôt de dossier de réversion et d'un nouveau RIB au nom de l'ayant-droit, les droits de ce dernier seront temporisés et autonomisés jusqu'à réception du titre de pension définitif.

L'ayant-droit deviendra alors ouvrant-droit avec son propre NIR et son propre compte Ameli. Il devra aussi commander une nouvelle carte Vitale et transmettre dès réception le titre définitif de pension de réversion.

Pour plus de renseignements sur la pension de réversion et sa gestion, il est désormais nécessaire d'utiliser les formulaires de contact en ligne du service des retraites de l'État (SRE / [cf. point C-4](#)) :

- pour obtenir un formulaire 980-06 (https://retraitesdeletat.gouv.fr/retraite/formuels?formuel-id=autre_demande);
- pour des renseignements d'ordre général (<https://retraitesdeletat.gouv.fr/retraite/contact>).

Au besoin, vous pouvez également prendre l'attache soit d'un référent RH-sécu ([cf. rubrique J](#)), soit du délégué local du Défenseur des droits (joel.carillo@defenseurdesdroits.fr).

D-4°/ Cas des autres ayants-droit d'agents décédés sans couverture sociale propre

Pour ce qui des orphelins éligibles à une pension de réversion d'un parent feu-fonctionnaire de l'État, ceux-ci ont droit à une pension de réversion jusqu'à l'âge de 21 ans en application des articles L. 38 et L. 52 du code de pension civile et militaire.

Cela permet à ces orphelins, s'ils n'ont pas déjà leur propre couverture sociale, de bénéficier de droits jusqu'à l'âge de 21 ans.

En outre, si ceux-ci étaient en situation d'invalidité et de handicap avant le décès, ils bénéficient alors exceptionnellement de cette pension de réversion au-delà de 21 ans et des droits qui peuvent aller avec. Les démarches sont alors les mêmes que celles évoquées au point D-3 ci-dessus.

Pour plus de renseignements sur la pension de réversion et sa gestion, il est désormais nécessaire d'utiliser les formulaires de contact en ligne du service des retraites de l'État (SRE / [cf. point C-4](#)) :

- pour obtenir un formulaire 980-06 (https://retraitesdeletat.gouv.fr/retraite/formuels?formuel-id=autre_demande);
- pour des renseignements d'ordre général (<https://retraitesdeletat.gouv.fr/retraite/contact>).

Au besoin, vous pouvez également prendre l'attache soit d'un référent RH-sécu ([cf. rubrique J](#)), soit du délégué local du Défenseur des droits (joel.carillo@defenseurdesdroits.fr).

-E- Contexte d'évolution des modes de gestion et impact sur les assurés

E-1°/ Petit historique sur les liens et la convention mutuelle entre la sécurité sociale et la CPS

De par le statut d'autonomie de la Polynésie française, cette collectivité dispose des pleines compétences en matière de santé et d'affaires sociales. À ce titre, elle dispose de son propre système de couverture sociale et d'assurance-maladie.

De ce fait, il n'y a pas de caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) ni de caisse générale de sécurité sociale (CGSS) en Polynésie mais une caisse locale de prévoyance sociale (CPS).

Toutefois, les fonctionnaires, militaires, magistrats et contractuels nationaux continuent de cotiser à la sécurité sociale métropolitaine et relèvent toujours de ce régime de couverture pendant leur activité et/ou leur séjour en Polynésie française.

La sécurité sociale métropolitaine et la CPS ont passé une convention formalisée par le décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale.

Celle-ci permet notamment l'application réciproque du tiers-payant et le bénéfice de prestations médicales, d'un côté aux ressortissants SS en Polynésie française et de l'autre aux ressortissants CPS pour des soins en métropole ou dans un DOM.

Ainsi, les fonctionnaires de l'État restent assujettis à la sécurité sociale métropolitaine tout en bénéficiant localement du tiers-payant par l'intermédiaire de la CPS.

Pour ce faire, les ressortissants doivent disposer d'une attestation de droits en cours de validité et d'un formulaire de type 980 dûment rempli et signé par leur administration ou par leur organisme social de tutelle, puis s'enregistrer auprès de l'autre organisme.

Dans le cadre des accords de coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale, voici la liste des différents modèles de formulaires 980 (ou parfois aussi nommés "SE 980-**"), notamment en fonction de la situation de l'assuré :

| Numéro | Intitulé |
|--------|--|
| 980-01 | Certificat de détachement d'un salarié |
| 980-02 | Certificat d'affiliation pour les fonctionnaires, les magistrats, les militaires, les ouvriers de l'État, les CEAPF exerçant leur activité en Polynésie française |
| 980-03 | Attestation relative à la totalisation des périodes d'assurance (maladie, maternité, invalidité, décès) |
| 980-04 | Attestation de droit aux prestations en nature des assurances maladie-maternité pendant un séjour sur l'autre territoire |
| 980-05 | Attestation concernant le maintien des prestations des assurances maladie-maternité |
| 980-06 | Attestation pour l'inscription du pensionné et des membres de sa famille |
| 980-07 | Attestation pour l'inscription des membres de la famille du travailleur ou du pensionné |
| 980-08 | Notification de suspension ou de suppression du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité |
| 980-09 | Octroi de prestations en nature de grande importance |
| 980-10 | Attestation concernant le maintien des prestations de l'assurance accident du travail |
| 980-11 | Attestation des périodes d'assurance, d'emploi ou d'activité non salariée en vue de l'ouverture du droit aux prestations familiales en Polynésie |
| 980-12 | Attestation des périodes d'emploi en métropole en vue de l'octroi des allocations familiales à des membres de la famille d'un travailleur salarié ou non salarié qui résident en Polynésie |

C'est sur cette base que les caisses métropolitaines de protection sociale et la caisse de prévoyance sociale (CPS) ont conventionné pour garantir une prise en charge (contre remboursement mutuel) des ressortissants de l'une ou l'autre caisse.

Chaque organisme continue quand même de payer indirectement pour ses propres ressortissants. Il se fait ensuite rembourser par l'intermédiaire d'un organisme métropolitain rattaché à la sécurité sociale qui sert d'interface pour gérer les demandes de remboursement réciproques des 2 organismes.



Il s'agissait jusqu'en 2014 du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS). Le CLEISS centralisait les demandes de remboursement et procédait aux versements sans effectuer de contrôle très poussé sur la fiabilité des droits des ressortissants.

Depuis 2015, la gestion a été transférée au centre national des soins à l'étranger (CNSE). Or, ce dernier a nettement renforcé les mesures de contrôle des éléments justificatifs à tous les niveaux (certification du numéro SS, coordonnées de l'agent, affectation de l'agent, références du centre de gestion de rattachement, etc.) et a rejeté de nombreuses demandes de remboursement au motif que le centre de gestion de l'agent était inconnu ou incorrect, que son numéro de sécurité sociale n'était pas certifié ou que ses droits n'étaient pas actualisés. Si au moins une donnée est incorrecte ou incomplète, elle ne rembourse pas (même si l'agent relève "en théorie" toujours bien de la sécurité sociale).

Par ailleurs, le nouveau modèle d'attestation de droits de la sécurité sociale inclut une durée de validité.

C'est ce qui a conduit le CNSE dès 2015 à refouler pour plus de 5 milliards de francs pacifiques les demandes de remboursement de la CPS pour des ressortissants SS.

Depuis lors, et pour ne pas se retrouver dans la même situation, la CPS procède elle-même à un contrôle beaucoup plus strict des données de ces ressortissants et n'hésite pas à suspendre les droits en cas de doute des agents et de leurs ayants-droit dès que la date est dépassée sans tenir compte du statut de fonctionnaire et sans préavis.

Cela implique notamment que les agents qui sont toujours rattachés aux anciennes attestations de droits sans limitation de durée doivent être très vigilants car le CNSE est susceptible de les refouler à n'importe quel moment, et dans la foulée la CPS.

Ceux qui ne veulent pas fournir une nouvelle attestation à la CPS le font à leurs propres risques et périls : ce seront les seuls responsables si leurs droits sont coupés et qu'ils doivent payer l'intégralité de leurs frais sans aucune possibilité de remboursement ultérieur.

Dans les autres cas, il appartiendra à chaque agent de fournir directement à la CPS une attestation de droits à jour avant que ses droits soient suspendus (NB : Il n'y a pas d'édition rétroactive / la date d'effet est toujours celle du jour d'édition).

Il convient donc de toujours veiller à la date de fin de validité de l'attestation précédente et d'en éditer régulièrement une nouvelle avant suspension des droits par la CPS.

→ Il vous est possible de ne pas recourir à ce conventionnement. Dans ce cas, il vous appartiendra d'avancer l'ensemble des frais engagés (y compris les hospitalisations) et de vous faire rembourser ensuite par votre organisme de tutelle. Cela prend toutefois plusieurs mois pour être remboursé.

E-2°/ Problèmes d'immatriculation

Tout d'abord, les codes INSEE attribués aux communes polynésiennes ont évolué en même temps que la structuration des communes polynésiennes évoluait. Cela implique que certains agents, recrutés au fur et à mesure de ces évolutions, n'ont pas tous le même code INSEE pour la même commune de naissance dans le numéro d'immatriculation.

Dans les 8 premières éditions du code officiel géographique de l'INSEE, les différentes parties de ce territoire portaient les numéros 98601 à 98606, comme suit :

- | | |
|--|------------------------------------|
| – 98601 : Archipel de la Société / îles du Vent ; | – 98604 : Archipel des Australes ; |
| – 98602 : Archipel de la Société / îles sous-le-Vent ; | – 98605 : Archipel des Tuamotu ; |
| – 98603 : Archipel des Gambier ; | – 98606 : Archipel des Marquises. |

La 9^e édition, éditée en 1982, établit une nouvelle numérotation pour les collectivités d'outre-mer du Pacifique. Dans la partie TOM, l'ancien 986 (îles de l'océan Pacifique) est désormais éclaté entre Wallis-et-Futuna (qui conserve l'identifiant 986), la Polynésie française (qui reçoit le 987) et la Nouvelle-Calédonie et dépendances (code 988). Au niveau 5 chiffres, les 48 communes de la Polynésie française reçoivent les numéros 98711 à 98758.

À cela est venue se greffer une autre situation problématique des anciens fonctionnaires de l'État ou de leurs conjoints, les responsabilités sont multiples, variées et partagées. Tout d'abord, il s'agit d'une époque où la messagerie électronique et le réseau internet n'existaient pas toujours ou n'étaient pas encore déployés dans tous les services.

De ce fait, en attendant la réception "hypothétique" (car plutôt rare à l'époque) par voie postale d'une attestation de droits à jour et/ou d'une immatriculation certifiée et définitive en bonne et due forme, les services RH locaux ont délivré des attestations provisoires à ces agents afin qu'ils puissent se déclarer à la CPS en tant que ressortissants de la sécurité sociale métropolitaine, documents dont s'est satisfait la CPS très longtemps pour garantir un tiers-payant à ces agents.

Ensuite, la CPS a décidé seulement en 2011 de ne plus accepter cesdits documents mais seulement pour les nouveaux déclarés. Ainsi, jusqu'en 2015, tous ces agents voyaient leur carte CPS renouvelées tous les ans (avec un statut SS) et leurs prestations remboursées sans problème par la CPS (via le CLEISS). Ce n'est que quand la gestion de la convention de remboursement, entre la sécurité sociale métropolitaine et la CPS, a été transférée au CNSE que les irrégularités cumulées sont devenues bloquantes.

Par ailleurs, à une époque où les échanges électroniques n'existaient pas toujours, un certain nombre d'agents, généralement à la retraite aujourd'hui, n'ont jamais obtenu de numéro de sécurité sociale définitif ou de numéro certifié.

Pour d'autres, la problématique réside dans le fait qu'ils disposent de 2 numéros différents au niveau de la sécurité sociale et du service des retraites de l'État.

E-3°/ Problème d'identification du centre de gestion

Cette problématique trouve sa source dans le fait que, sur les 20 dernières années, le régime obligatoire des fonctionnaires de l'État en Polynésie française a été géré par divers organismes, sans qu'il y ait eu toujours un réel suivi de l'évolution de ces derniers ou un courrier d'information en ce sens auprès des agents.

Ainsi, à titre d'exemple, les agents du haut-commissariat ont été gérés par la CPAM de Paris, la MGP, la MFFOM puis la MFP (sur 3 services différents) pour revenir vers la MFFOM puis Solsantis et maintenant la CPAM-94.

Le même type d'"errements" existe aussi pour les agents relevant d'autres services ou ministères.

Il est donc essentiel que chaque ressortissant ait bien connaissance de sa caisse de rattachement actuelle ou qu'il cherche à la connaître, puis qu'il s'assure que c'est la bonne.

E-4°/ Point sur les diverses réformes et réorganisations en termes de centres de gestion ou caisses de rattachement (secteur public de l'État hors éducation et Défense / avec droits gérés par le réseau CNAM)



Comme indiqué précédemment, après plusieurs phases de réorganisation interne, la mutuelle de la fonction publique (MFP Services – Solsantis / et les mutuelles rattachées à ce réseau) a décidé en 2018 de re-transférer, à compter du 1^{er} mars 2019, la gestion du régime obligatoire des fonctionnaires au réseau de la caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) et des caisses primaires (CPAM).

En l'occurrence et à ce titre, c'est la caisse primaire d'assurance-maladie de Créteil (CPAM 94) qui assure dorénavant la gestion des dossiers de sécurité sociale des fonctionnaires de l'État affectés en Polynésie française. Cela concerne tous les agents (actifs ET retraités) dont le dossier de sécurité sociale était géré par la MFP et son réseau (Solsantis, MFFOM, MGEFI, MMJ, MGAS, etc.).

Dès lors, cela n'inclut pas les personnels relevant de l'éducation (MGEM) et des armées (CNMSS), ainsi que quelques exceptions, notamment ceux dont le régime obligatoire est géré par une autre mutuelle (ex : Intériale, MGP).

En revanche, la mutuelle Harmonie a aussi emboîté le pas en 2019 de ce re-transfert de gestion vers la CNAM (et la CPAM-94) et le régime général sur le même calendrier que le réseau MFP.

Le transfert des dossiers de gestion "devait être" automatique entre ces entités ; aucune action de la part des assurés ne paraissait nécessaire pour ces opérations... **MAIS... tout ne s'est pas vraiment passé ainsi :**

- l'information du transfert n'est parvenue qu'après la date d'effet et très partiellement ;
- pour le peu d'assurés qui ont reçu le courrier-type d'information, ce dernier ne correspondait pas aux spécificités de gestion pour la Polynésie ;
- la majeure partie des ayants-droit a été enlevée des couvertures sociales des assurés à cause des nouvelles règles PUMa, tandis que certains agents ont vu des anciens ayants-droit revenir à tort ;
- certains droits à ALD/ALM (carnet rouge) ont été supprimés ;
- beaucoup de dossiers n'ont pas été transférés, d'autres ont été transférés au mauvais organisme de gestion, voire clos à tort ;
- certains noms et prénoms se sont retrouvés erronés alors qu'ils étaient correctement orthographiés avant.

Compte tenu de l'absence d'antenne CPAM en Polynésie française et des difficultés de liaisons par d'autres vecteurs (courrier, téléphone, compte en ligne), un réseau de référents "RH-sécu" (*cf. rubrique J*) a été mis en place depuis mai 2019 au sein des différents services et établissements publics de l'État afin de servir d'interface avec la CPAM-94 par voie électronique (**adresse non communicable aux agents ni aux usagers**).

Pour les agents publics de l'État, il convient de se tourner vers ce réseau local des référents "RH-sécu" (*cf. rubrique J*) mis en place à cet effet et de leur fournir toutes les pièces justificatives requises.

En fonction des anomalies constatées par l'assuré (à vérifier via son compte Ameli / rubrique "Mes informations"), il est nécessaire de faire rectifier les éléments erronés dans les meilleurs délais.

- **Cas n° 1 :** En allant sur votre compte Ameli, s'il y a toujours le logo de MFP Solsantis, d'Harmonie ou de MFOM, etc., c'est que votre transfert de dossier n'a pas fonctionné.
- **Cas n° 2 :** En allant sur votre compte Ameli, s'il y a un autre logo que votre ancien centre de gestion et que ce n'est pas non plus "Assurance-maladie Val-de-Marne", c'est que votre transfert de dossier a abouti au mauvais endroit.
- **Cas n° 3 :** En allant sur votre compte Ameli, s'il y a inscrit "Assurance-maladie Val-de-Marne" en haut de la colonne de droite, c'est que votre dossier a été transféré au bon centre. Dans ce cas, vous pouvez vérifier vos droits en éditant une attestation et consultant les différentes rubriques :
 - a) ceux qui ont bien basculé vers la CPAM-94 et qui ont conservé tous leurs droits ;
 - b) ceux qui ont bien basculé vers la CPAM-94 et qui ont perdu une partie de leurs droits (ex : ayant-droit ou prise en charge à 100 %).

Accueil Mes paiements Mes démarches Mon espace prévention **Mes informations**

MES INFORMATIONS

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

Caisse d'assurance maladie **MFP Services - Solsantis**

Code d'organisme **94 194 0203**

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Caisse d'assurance maladie | CPAM du VAL de MARNE |
| Code d'organisme | 01 941 8951 |

RAPPEL : Depuis mars 2019, la seule CPAM habilitée à gérer les agents de l'État affectés en Polynésie française et formée aux particularités de gestion locale est la caisse primaire d'assurance-maladie du Val-de-Marne (CPAM-94).

En restant rattaché(e) à une autre CPAM ou en faisant les démarches vous-même via votre compte Ameli, vous prenez le risque de vous voir radié(e) d'office de l'assurance-maladie sans préavis du jour au lendemain, ainsi que vos ayants-droit. Cette situation est déjà arrivée plusieurs fois depuis l'an dernier et il faut compter un mois pour rétablir les droits.

Il faut aussi penser à actualiser vos coordonnées postales à cette occasion car les lettres d'information et tous les documents relatifs à la carte Vitale et au compte Ameli ne sont envoyés que par voie postale selon les dernières données que vous aurez fournies à l'organisme de protection sociale.

Pour ceux qui sont en séjour limité en Polynésie française, il conviendra de vous déclarer dans la CPAM ou la CGSS de votre nouveau ressort départemental d'affectation, soit en vous rendant à cette caisse, soit via votre interface Ameli. Vos ayants-droit majeurs devront aussi se re-déclarer individuellement.

E-5°/ Régularisation/fiabilisation des données et des droits auprès de la CPS



Une fois vos données finalisées et fiabilisées, et afin d'actualiser votre situation administrative auprès de la CPS, il vous appartient d'éditer une nouvelle attestation de droits depuis votre compte Ameli et de la lui transmettre par courriel à l'adresse suivante : <immatriculation@cps.pf>.

ATTENTION : Les attestations de droits de la sécurité sociale ont une durée de validité d'un an maximum en année glissante.

Pensez aussi à actualiser les données contenues sur la puce de votre carte Vitale à l'aide de la borne Vitale à votre disposition dans le hall d'accueil du haut-commissariat.

E-6°/ Attention aux dates et à l'actualisation annuelle des droits auprès de la CPS

Un certain nombre d'entre vous ont peut-être déjà eu la mauvaise expérience de se voir suspendre par la CPS, sans préavis, leurs droits à remboursement ou tiers-payant, – ou ceux de leurs ayants-droit –, au motif que les droits n'étaient plus à jour (caducité et/ou suspension des droits).

Cela est dû à différents facteurs, notamment et principalement au fait que les nouvelles attestations de droit ont une durée de validité, contrairement aux anciennes.

En qualité de ressortissant(e) SS, vous devrez "jongler" avec plusieurs dates d'expiration et être très attentif(ve) car la durée de l'attestation CPS et la durée des droits enregistrée dans le système CPS sont 2 choses différentes.



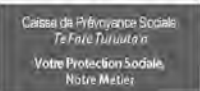
De fait, depuis 2015, les attestations de droits de la sécurité sociale ont une durée de vie. Elles sont valides un an en année glissante à compter de la date d'édition (**pas de rétroactivité**).

| Attestation de droits à l'assurance maladie | | | |
|--|--------------|------------------------------------|----------------------|
| Valable du 28/09/2021 au 27/09/2022 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré | | | |
| organisme de rattachement sécurité sociale | code gestion | n° de sécurité sociale de l'assuré | modulation du ticket |

De même, certains formulaires 980 ont une durée de vie, comme pour les agents en séjour limité, et doivent aussi être actualisés au moment du départ à la retraite.

De leur côté, les attestations de droits de la CPS ont aussi une durée de vie mais dépendent, d'une part, du calendrier civil et, d'autre part, de la validité de l'attestation SS et du formulaire 980.

En effet, l'attestation CPS fonctionne par défaut en année civile (en fonction des droits ouverts aux ressortissants "purement" CPS) mais le système d'information et la base de données de la CPS tiennent compte des dates de validité des attestations de droits de la sécurité sociale **ET** du formulaire 980 sans que les dates de ces 2 derniers événements apparaissent forcément sur l'attestation CPS.

| | | |
|---|---|---|
|  | Tél : 40 41 68 68 - Fax : 40 42 46 06 BP 1 - 98 713 Papeete - Tahiti |  |
|  | www.cps.pf - info@cps.pf N° TAHITI 183707 | |
| Valable en Polynésie Française exclusivement du | 21/05/2021 au 31/12/2021 | Régime RSS |
| D.N. | Nom de famille / Nom marital | Prénom(s) |
| Valable en Polynésie Française exclusivement du | 21/05/2021 au 25/04/2022 | Régime RSS |
| D.N. | Nom de famille / Nom marital | Prénom(s) |

Cela veut dire notamment que la date-butoir du 31 décembre potentiellement indiquée sur votre carte ne correspond pas forcément à la date de validité de vos droits.

Par conséquent, cela requiert une certaine vigilance de la part de chaque agent car le système informatique de la CPS suspend automatiquement les droits et ne prévient pas en amont de l'expiration des droits (cela vaut aussi pour toute la famille rattachée en ayants-droit).

En outre, compte tenu de la non-rétroactivité des attestations de droits à la sécurité sociale, la CPS ne couvrira pas les éventuelles périodes sans justificatif de couverture sociale ou attestation valide.

Afin d'actualiser votre situation administrative auprès de la CPS, il vous appartient d'éditer une nouvelle attestation de droits de la sécurité sociale depuis votre compte Ameli et de la lui transmettre, quelques semaines (minimum 1 mois) avant l'expiration de l'attestation en cours, par courriel à l'adresse suivante : <immatriculation@cps.pf>.

Il en est de même pour le formulaire 980 au début de chaque tranche de séjour pour les agents en séjour (en cas de renouvellement) et peu avant la retraite pour les pensionnés (changement de statut / formulaire 980-06 à demander via le site internet du service des retraites de l'État - https://retraitesdeletat.gouv.fr/retraite/formuels?formuel-id=autre_demande).

ATTENTION : Le traitement par la CPS d'une demande de régularisation ou de renouvellement de droits peut prendre un certain temps (parfois plus d'un mois). Il est donc essentiel d'anticiper la date-butoir pour fournir vos différents justificatifs et vous assurer d'avoir toujours droit au tiers-payant auprès des prestataires médicaux.

Au même titre, il est fortement recommandé de rester vigilant et de se mettre un mémo quelques semaines avant la date-butoir, en tenant compte du délai nécessaire à la CPS pour traiter toutes les demandes.

Ainsi, pour un séjour de 2 x 2 ans ou de 3 + 1 ans, outre les attestations de droits de la sécurité sociale à transmettre annuellement, 3 formulaires devront être fournis à la CPS afin d'assurer la continuité du tiers-payant : un à l'arrivée, un au renouvellement et un au départ.

Les nouvelles attestations de droits CPS sont ensuite disponibles et téléchargeables sur votre compte Tatou (choisir "Carte d'assuré social").

Vous pouvez aussi consulter la date de validité de vos droits sur Tatou dans la rubrique "Attestation de couverture sociale" (menu "Mes attestations" / cf. [point G-11 dédié à la création d'un compte Tatou](#)).

MES ATTESTATIONS → MES RELEVÉS → AIDE

- Avis aux parents
- Attestation d'affiliations
- Inscription RSPF
- Attestation de couverture sociale**
- Attestation de couverture sociale hors Polynésie française
- Pension de retraite, de réversion et d'allocation adultes handicapés
- Attestation de régularité
- Carte d'assuré social

nce maladie

| DN | Identité | Période | Régime |
|----|----------|---------------|----------------------|
| 4 | P | du 01/ au 29/ | Aff. Sécu. Métropole |

-F- Cadre général de prise en charge des différents soins

F-1°/ Principe du remboursement des soins effectués en PF

Dans le cadre du tiers-payant en Polynésie, vos feuilles de soins devront être transmises à la CPS. Le délai de prescription est d'une année à compter de la date du/des soin(s).

Le siège de la CPS (situé à côté du cinéma Majestic à Mamao) dispose d'un système de dépose-minute avec des boîtes aux lettres disponibles à l'entrée du bâtiment 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.



Ensuite, la CPS se tournera vers le centre national des soins à l'étranger (CNSE / antenne spéciale de la CNAM) afin d'obtenir le contre-remboursement par la sécurité sociale métropolitaine des frais qu'elle vous aura directement remboursés localement sur la base de la nomenclature de la CPS.

ATTENTION : Certaines prestations médicales remboursées en métropole sur la base "sécurité sociale" ne le sont pas forcément en Polynésie française sur la base "CPS" (ex : soins dentaires, optique, etc.). La prise en charge des soins effectués en Polynésie française qui serait non ou mal remboursés par la CPS ne sera pas assurée par l'assurance-maladie.

En effet, la CNAM et la CNSE ont souhaité mettre un terme à l'optimisation financière que certains agents pratiquaient en fonction des modes de remboursement de la CPS et de la sécurité sociale. Ainsi, ils ont estimé que, dès lors qu'il s'agit de soins dispensés en Polynésie française et que l'agent est déclaré à la CPS, c'est cette dernière qui doit en assurer le remboursement intermédiaire ou le tiers-payant, selon ses taux, ses barèmes et le décret de coordination des régimes de sécurité sociale, ce qui implique parfois que la prise en charge soit inférieure ou inexistante.

La CPAM ne les prendra en charge que si le ressortissant SS n'est pas du tout déclaré à la CPS.

L'interprétation de la CPS sur le sujet est similaire. En outre, elle fait le même parallèle dans l'autre sens pour les ressortissants CPS ayant recours à des prestations médicales en métropole : ils ne peuvent se faire rembourser que via la sécurité sociale et selon le barème de la CNAM.

À noter que, parfois, le remboursement de la CPS est aussi plus favorable que celui de la sécurité sociale (ex : hôpital).

Autre précision : la sécurité sociale dispose de divers taux de remboursement (0 %, 10 %, 30 %, 70 % et 100 %), alors que la CPS n'a pas autant de variation (0 %, 70 % ou 100 %).

Pour les agents publics et dans le cadre potentiel d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, tous vos éventuels arrêts de travail, ainsi que vos feuilles de soins ou factures devront être uniquement transmis à votre service RH.

En ce qui concerne la couverture complémentaire santé, sauf accord particulier avec une structure médicale (ex : MGEN avec la clinique Paofai), l'agent envoie à sa mutuelle ses relevés de prestations de la CPS, à éditer via Tatou, ainsi que les factures au besoin (*cf. point G-12 dédié à Tatou ci-après*).

F-2°/ Principes réglementaires du médecin traitant auprès des 2 organismes sociaux

Une fiche spécialement dédiée à ce sujet est disponible en parallèle sur le site internet du haut-commissariat.

ATTENTION : Compte tenu des particularités statutaires et de votre résidence en Polynésie, il n'y a pas de médecin traitant à déclarer sur Ameli. Mais, en cas de soins lors d'un séjour temporaire en métropole ou dans un DOM, il faudra néanmoins penser à dire au médecin de cocher "hors résidence habituelle" (ou MTH en version électronique) sur la feuille de soins pour un remboursement normal. Sinon, votre remboursement sera fortement minoré (exemple pour un médecin généraliste : 6 euros au lieu de 16 euros).

Au niveau local, l'obligation nouvelle de déclarer un médecin traitant auprès de la CPS est aussi applicable aux ressortissants de la sécurité sociale.

Pour autant, le gouvernement de la Polynésie française a validé le 14 septembre 2022, en conseil des ministres, un projet de "loi du pays" procédant à la suspension de la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés par les patients. Cette suspension prend effet à compter du 1^{er} janvier 2023 et sera en vigueur jusqu'au 31 décembre 2024 en vue d'une refonte du système actuellement en place.

D'ici au 1^{er} janvier 2024, le gouvernement, en lien avec les praticiens de santé et avec l'appui de la CPS, révisera les modalités réglementaires concernées pour alléger et simplifier autant que faire se peut les formalités administratives.

F-3°/ Principe des affections de longue durée (ALD) ou longue maladie (ALM)

Certains ressortissants de la sécurité sociale bénéficient d'une prise en charge complète au titre d'une affection de longue durée (ALD / appellation de la CPS) ou de longue maladie (ALM / appellation de la CNAM).

Les codes que la CPS utilise pour remplir les carnets de longue maladie (dits familièrement "carnets rouges") sont ceux de la classification internationale des maladies validée par l'OMS (CIM-10), tandis que l'assurance-maladie métropolitaine a sa propre nomenclature et sa propre codification.

Afin d'être sûr d'avoir ses soins pris en charge à 100 %, tant en PF qu'en métropole, il est essentiel que l'assuré fasse reconnaître sa pathologie auprès des 2 organismes.

Au besoin, vous pouvez contacter le médecin-conseil au service du contrôle médical de la CPS (controlemedical@cps.pf).

Exemple de mention ALM sur l'attestation SS

Page 2/2

l'Assurance Maladie
VAL-DE-MARNE

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 30/11/2020 au 29/11/2021 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

| organisme de rattachement sécurité sociale | code gestion | n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous) | modulation du ticket modérateur |
|--|---|--|---------------------------------|
| 01 941 3911 | 23 | [REDACTED] | |
| Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage | n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information) | né(e) le/rang | |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] 1 | |
| a déclaré un médecin traitant | | | |
| SI SOINS POUR AFFECTION LISTE : TP ET 100% DU 01/07/2020 AU 01/07/2025 POUR TOUTES LES PRESTATIONS EN RAPPORT AVEC MALADIE DU PROTOCOLE | | | |
| a déclaré un médecin traitant | | | |

Exemple de courrier de reconnaissance d'une ALD par la CPS

Papeete le 23/09/2021

Agence Sociale de la Polynésie Française
N° TAHITI : 183 707
Boîte Postale 1 Papeete-Tahiti
Téléphone : 40.41.68.68 - Télécopie : 40.42.46.06

Service CONTROLE MEDICAL
Téléphone : 40.41.68.20 - Télécopie : 40.45.01.34

Docteur [REDACTED] S[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

OBJET : Mise en Longue Maladie
Réf. : [REDACTED]

Bénéficiaire : Monsieur [REDACTED]
Né le [REDACTED] DN [REDACTED]
Droits OUVERTS du [REDACTED] au [REDACTED] (Aff.secu.metropole)

Cher confrère,
Sous réserve de l'ouverture des droits administratifs, nous vous informons que la demande de longue maladie concernant le patient référencé ci-dessus, a reçu un avis :

FAVORABLE

pour l'(les) affection(s) suivante(s) :
[REDACTED] du [REDACTED] au [REDACTED]

Le médecin référent désigné est le Dr [REDACTED]

Exemple de "carnet rouge"

CE CARNET EST UN DOCUMENT CONFIDENTIEL

I. ADMISSION

Vous êtes bénéficiaire des prestations de l'assurance longue maladie pour la ou les affections suivantes:

Il complète votre dossier de suivi médical tenu par votre médecin.

Il peut être consulté par :

- les médecins appelés à vous donner des soins,
- les médecins conseils de la CPS.

Néanmoins, vous pouvez le présenter dans l'intérêt de votre santé et avec votre accord aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, podologues ou tout autre professionnel de santé.

Duplicata n° délivré le 23/09/2020

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :
Adresse :
Tél. :

Code de la maladie :
Date de début : Du 01/07/2020 au 01/07/2030
Date de fin : Du au
Date de début : Du au
Date de fin : Du au

le tiers payant est obtenu auprès du médecin coordonnateur, du médecin spécialiste correspondant, et pour toutes consultations demandées par le médecin coordonnateur ou correspondant, **et à condition que :**

- ce carnet de soins soit présenté au médecin consulté et dûment complété par ce médecin lors de vos consultations.
- la consultation soit en rapport avec la ou les affection(s) identifiée(s) ci-dessus conformément à la réglementation en vigueur.
- Présentez votre carnet systématiquement lors de toutes vos consultations et hospitalisations qu'elles soient en rapport ou non avec votre longue maladie.

CONTRÔLE MÉDICAL

F-4°/ Principe du remboursement des soins effectués en métropole

En tant que ressortissant SS, si vous avez des soins en métropole (ou dans un DOM), ce n'est pas la CPS qui vous remboursera mais directement votre caisse SS de rattachement. Il convient alors de lui adresser les feuilles de soins et tous les autres justificatifs nécessaires au besoin (si vous avez dû avancer les frais / si carte Vitale → tiers-payant).

RAPPEL : Attention aux consultations faites en métropole → Pensez à faire cocher la case "hors résidence habituelle" (ou "MTH" en version électronique) sur la feuille de soins pour un remboursement normal. Sinon, votre remboursement sera fortement minoré (6 € au lieu de 16 €).

F-5°/ Prise en charge de l'avance des frais d'évacuation sanitaire (évasan) par la CPS pour un ressortissant SS

L'évacuation sanitaire à l'extérieur de la Polynésie française constitue une offre de soins proposée au patient lorsque la prise en charge médicale n'est pas réalisable en Polynésie française par manque de moyens adaptés à sa pathologie.

L'organisation des évasans en dehors de la Polynésie française fait partie des missions confiées au service administratif du contrôle médical (SACM) de la CPS et sa section "Évasan".

Cette dernière prépare administrativement les départs vers la métropole, la Nouvelle-Zélande et l'inter-îles pour tous les ressortissants (CPS et sécurité sociale). Elle assure également le relais auprès des médecins-conseil pour les avis médicaux.

En revanche, la prise en charge des frais n'est pas la même pour un ressortissant CPS et un ressortissant SS.

Pour ce dernier, la CPS ne fait l'avance de la prise en charge pour le compte de l'assurance-maladie et la réservation que du billet aller-retour (Papeete-Paris, voire Province selon le lieu de soins) via Europ Assistance du patient, et éventuellement de l'accompagnateur avec l'accord de dérogation du médecin-chef, ainsi que le transfert aller-retour entre l'aéroport et le lieu de destination. Elle ne s'occupe pas de réserver un hébergement ni du reste.

Ainsi, les autres frais et démarches restant à la charge du ressortissant SS à prévoir sont les suivants :

- l'hébergement (hors temps d'hospitalisation + accompagnateur éventuel) ;
- les transports sur place (notamment entre l'établissement de soins et le lieu d'hébergement / toutefois, avec accord préalable, la sécurité sociale peut financer les transferts entre l'hébergement et l'hôpital) ;
- l'alimentation (hors temps d'hospitalisation + accompagnateur éventuel) ;
- les besoins vestimentaires (surtout en saisons plus fraîches).

Les frais médicaux et d'hospitalisation sont pris en charge directement par la caisse d'affiliation et éventuellement l'organisme de complémentaire santé suivant sa réglementation et sur présentation de la carte Vitale.

En ce qui concerne l'antenne CPS de Paris, son champ d'intervention d'accompagnement se limite aux ressortissants de la CPS (RST, RNS, RGS). Néanmoins, elle peut être un relais ponctuel pour des situations de sécurité sociale.

Pour les agents publics en activité et les retraités du secteur public, il est conseillé de se rapprocher de leur service RH et du service social de leur structure afin de voir dans quelle mesure une aide financière, un don de jours et/ou un congé de longue maladie ou longue durée pourraient leur être accordés.

Il existe également un certain nombre d'associations polynésiennes et/ou d'entraide qui peuvent vous accompagner dans vos démarches et votre parcours de soins. Leurs coordonnées sont disponibles en fin de document.

Pour finir, s'agissant de la prise en charge d'un éventuel accompagnateur, et selon les conditions de revenus du foyer, il peut être envisagé de recourir à l'aide à la continuité territoriale (<http://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/Demarches-administratives/Aides-au-transport>).

F-6°/ Principe du remboursement des soins effectués à l'étranger pour un ressortissant SS

Dans tous les cas, il est très fortement conseillé de prendre une assurance voyage qui couvre les frais sanitaires qui pourraient avoir lieu sur place, ainsi que les frais d'évacuation sanitaire et de rapatriement.

Il est parfois aussi possible d'obtenir une couverture de ces frais via la protection offerte par la détention d'une carte bancaire (Visa, Amex, MasterCard, etc.). Les détails sont à voir avec l'organisme bancaire de rattachement.

NB : Pour plus de conseils sur les voyages hors de Polynésie française, vous pouvez aussi consulter la fiche dédiée disponible et téléchargeable sur le site internet du haut-commissariat ([rubrique "Passeport"](#)).

Sauf pour les soins couverts en tiers-payant par les accords européens ([cf. point G-10 dédiée à la carte européenne d'assurance-maladie](#)), les frais des soins ou prestations médicales réalisés hors du territoire français devront être avancés par l'assuré(e).

Selon le contexte, il/elle pourra ensuite se tourner en premier lieu vers l'organisme métropolitain qui gère ses droits à la sécurité sociale (en fournissant le [formulaire Cerfa 12267-04/CNSE-S3125c](#) et les pièces justificatives des frais engagés), puis pour les frais non couverts par la sécurité sociale, vers l'établissement qui gère sa complémentaire santé, voire vers son assureur ou son agence bancaire.

En revanche, il ne faut en aucun cas adresser ces documents à la CPS qui ne gère pas ce type de dépenses pour les ressortissants SS.

F-7°/ Principe du remboursement des soins effectués en Nouvelle-Calédonie pour un ressortissant SS



À l'instar des accords de coordination qui existent entre la sécurité sociale métropolitaine et la CPS, il existe également des accords similaires entre la sécurité sociale métropolitaine et la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT - <https://www.cafat.nc/-maladie@cafat.nc>).

Dans le cadre d'un déplacement temporaire en Nouvelle-Calédonie (mission, formation, vacances), il faudra demander au préalable à son centre de gestion SS le [formulaire SE-988-03](#).

Ensuite, cela fonctionnera comme avec la CPS : il faut se présenter au guichet unique de la CAFAT (4 rue du général Mangin - Nouméa), muni(e) dudit formulaire dûment rempli et signé, ainsi que d'une pièce d'identité en cours de validité. Il est aussi possible de les transmettre par voie postale (CAFAT - BP L5 - 98849 Nouméa CEDEX).

En revanche, il ne faut en aucun cas adresser ces documents à la CPS qui ne gère pas ce type de dépenses pour les ressortissants SS.

-G- Les démarches en ligne et les cartes d'assurance-maladie

G-1°/ Étapes pour la création et la finalisation d'un compte Ameli

NB : Le portail est en constante évolution, notamment au niveau des visuels, en fonction des nouveaux supports médias. Les visuels et rubriques présentés dans cet article sont donc susceptibles d'être différents de ceux que vous pourrez rencontrer en vous connectant, mais l'esprit des rubriques reste le même.

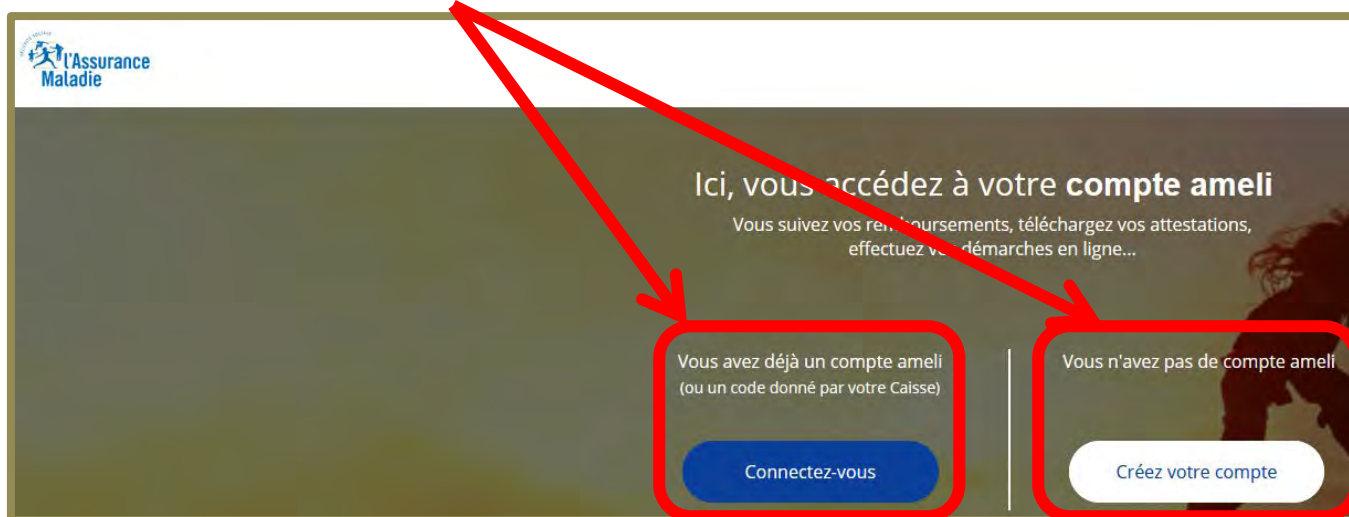


RAPPEL : La création d'un compte Ameli est nécessaire à la gestion de vos droits auprès de la sécurité sociale métropolitaine et de la CPS. Une fois votre dossier transféré et vos droits actualisés auprès de la CPS, vous devrez transmettre chaque année une nouvelle attestation à cette dernière, faute de quoi elle vous suspendra les droits sans préavis.

Vous n'avez toujours pas de compte Ameli ou celui-ci est inaccessible... → Afin de garantir son ouverture ou débloquent le compte, il faut fiabiliser votre adresse postale enregistrée auprès de la CNAM car le code d'activation provisoire ne vous sera envoyé que par voie postale à l'adresse déclarée.

Pour pouvoir créer son compte Ameli, il y a plusieurs étapes :

1. Allez sur <https://assure.ameli.fr/>.



2. Saisissez les données **telles qu'elles figurent sur votre dernière attestation** de droits ou **courrier** de l'organisme.

- Saisir le nom de naissance et **UNIQUEMENT le nom de naissance MAIS** dans son intégralité.

Pas de prénom ni de nom d'usage ni de "raccourci"...

Ex : Certains membres de la famille appelés usuellement "BAMBRIDGE" ont en fait un nom patronymique plus complexe sur leur état civil (Bambridge de Vaudrimey d'Avout de Capellis). C'est ce dernier qui comptera.

- Saisir **UNIQUEMENT les 13 chiffres** du numéro SS (sans la clé et sans espace).

NB : **Beaucoup d'anciens numéros ne sont pas certifiés** et donc refusés par l'application.

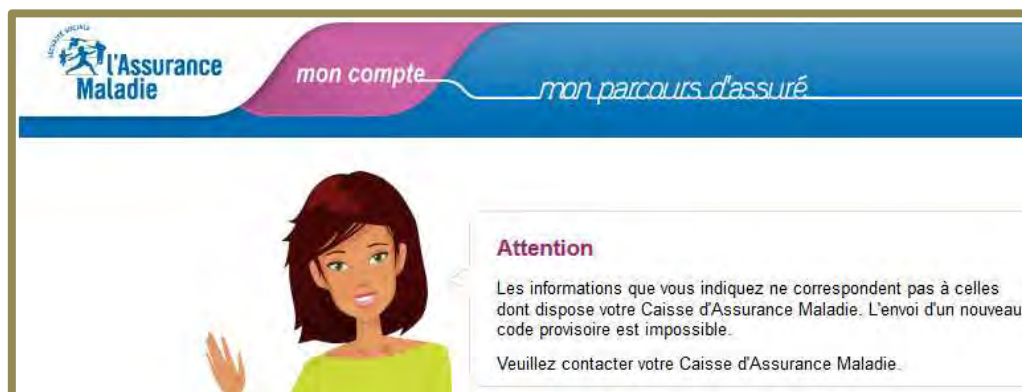
→ Demandez si besoin à votre référent RH-sécu (cf. rubrique J) de faire certifier, voire actualiser (si provisoire) votre numéro (fournir un acte de naissance récent + une copie de pièce d'identité en cours de validité).

- **Attention également au code postal** (cf. point G-4 dédié ci-après). Vérifiez ce qu'il y a d'indiqué sur votre dernière attestation. Au besoin, faites d'abord actualiser et fiabiliser votre adresse postale.

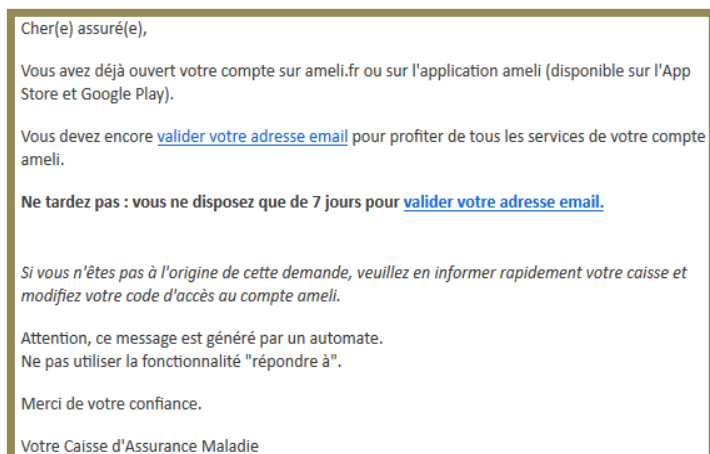
3. Si les données sont validées, une **fenêtre de confirmation** s'affiche.



Messages erreur possibles :



5. Une fois le courriel de validation reçu sur votre messagerie, il vous sera alors demandé une adresse électronique et vos coordonnées téléphoniques. Vous devez encore **valider votre adresse électronique en ligne dans un délai maximal de 7 jours**. À défaut, il vous faudra redemander un nouveau code provisoire et refaire tout le processus.



Informations personnelles

Étape 1 > Étape 2 > Étape 3

Je saisis mon adresse email * champ obligatoire

Saisissez votre adresse email : *

Je confirme mon adresse email : *

J'autorise l'Assurance Maladie à m'envoyer par email des informations promotionnelles sur ses services : * Oui Non

Je saisis mes coordonnées téléphoniques

Saisissez votre n° de téléphone portable :

J'autorise l'Assurance Maladie à me communiquer des informations promotionnelles sur ses services :

Par Téléphone : Oui Non

Par SMS : Oui Non

Saisissez votre n° de téléphone fixe :

J'autorise l'Assurance Maladie à me communiquer des informations promotionnelles sur ses services :

Par Téléphone : Oui Non

ATTENTION : Les numéros de téléphones de la Polynésie française ne sont pas admis (il y a un algorithme qui n'accepte que des numéros avec la nomenclature métropolitaine à 10 chiffres commençant par 01 jusqu'à 09).

À titre de "substitution", il faudra ajouter "01" devant votre numéro de fixe et "06" devant votre numéro de portable et **surtout cocher "non"** pour la réception de messages ou de contacts par téléphone ou par SMS (qui n'aboutiront pas de toute façon !).

Variation de création pour un compte Ameli (à condition que votre RIB soit connu de votre organisme et que votre carte Vitale soit récente) :

- Il est aussi possible d'accéder directement à votre compte Ameli en saisissant en plus les 7 derniers chiffres de votre compte bancaire (selon les références IBAN) et les références de votre carte Vitale :
 - soit les 11 derniers chiffres si votre carte est avec photo (sur le côté du recto) ;
 - soit les 8 à 13 chiffres si votre carte est sans photo (en haut à gauche du verso).

À partir de là, vous pourrez éditer des attestations de droits dès que vous en aurez besoin, commandez une nouvelle carte Vitale ou une carte européenne d'assurance-maladie.

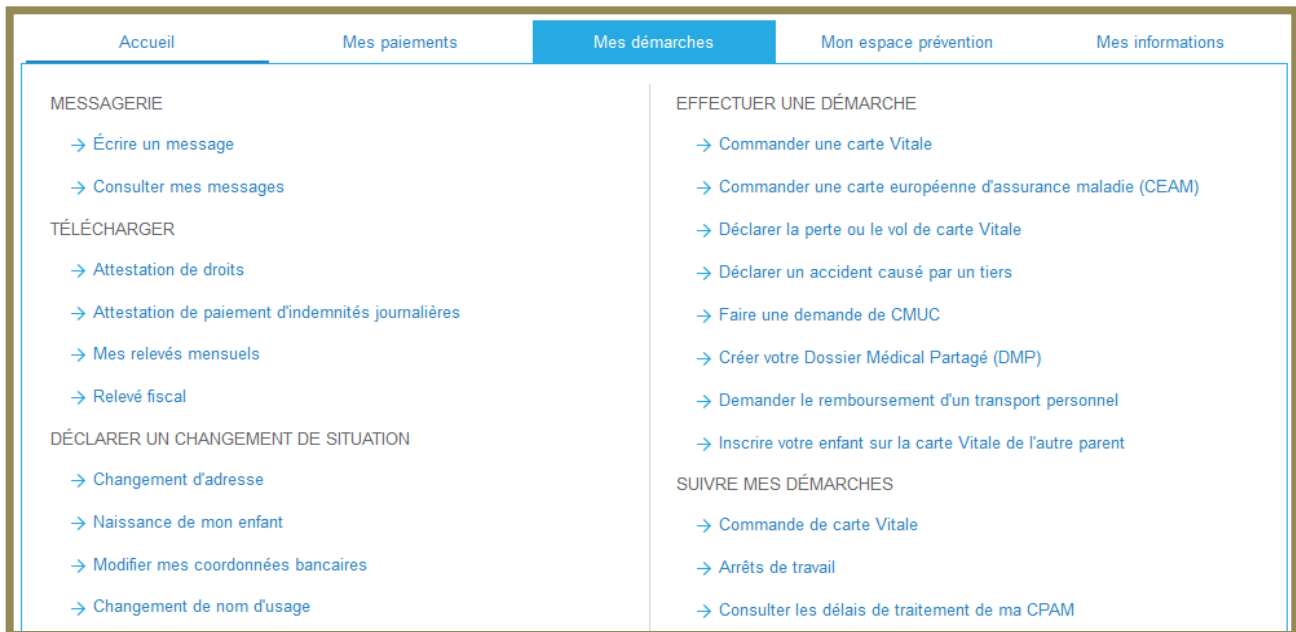


MES DÉMARCHES EN 2 CLICS

↑ | Attestation de droits ?

Souhaitez-vous une attestation pour :*

MA



G-2°/ Évolution de la sécurité informatique sur Ameli et nouveau système de mot de passe

Dans une optique de renforcement de la sécurité des systèmes d'information et de la protection des données personnelles des assurés, la caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) a décidé de revoir sa gestion des mots de passe pour accéder aux comptes Ameli.

Ainsi, depuis le 28 avril 2020, le code confidentiel évolue vers le **format alphanumérique** (au lieu d'une suite de 8 ou 13 chiffres).

Le nouveau mot de passe doit contenir **de 8 à 50 caractères dont au moins une lettre minuscule, une lettre majuscule, un chiffre et un caractère spécial** (un algorithme de contrôle vous indique si le niveau de sécurité du code est suffisamment élevé).

À noter que l'utilisation de l'année de naissance est interdite, ainsi que les caractères "€" et "£".

Au lancement, ce dispositif est obligatoire pour les nouvelles adhésions et en cas de changement de code pour les anciens adhérents (soit par oubli du précédent, soit par volonté de modifier leur code).

Il n'est devenu obligatoire pour tous les titulaires de comptes qu'au cours de l'année 2021.

Par ailleurs, depuis fin juin 2023, une **nouvelle procédure de sécurité et de lutte contre la fraude** a été ajoutée pour accéder à son compte Ameli.

Désormais, si la connexion à un compte Ameli est réalisée via un navigateur internet (Chrome, Firefox, etc.), après avoir saisi ses identifiants (numéro de sécurité sociale et mot de passe) et cliqué sur "Me connecter", il faut cliquer sur le bouton "Recevoir un code de sécurité".

Un message est alors automatiquement envoyé sur l'adresse électronique enregistrée et liée à ce compte Ameli, avec la génération d'un code de sécurité de 6 chiffres, qu'il faut ensuite saisir à l'écran sur l'espace Ameli puis valider.

Attention : Ce code n'est valable et actif que 15 minutes. Il est donc important de pouvoir avoir accès à sa messagerie électronique en parallèle de sa connexion à Ameli.

De Votre Assurance Maladie <ne-pas-repondre@app.assurance-mala... ☆

Sujet **[INTERNET] Votre compte ameli - Code de sécurité** 09:5

Réponse à ne-pas-repondre@ameli.fr <ne-pas-repondre@ameli.fr> ☆

Pour [redacted] ie-francaise.pref.gouv.fr ☆ Autres actions

Bonjour,

Nous vous adressons votre code de sécurité pour vous connecter à votre compte ameli :

1 0 1 7 2 1

Attention ! Ce code est valable seulement **15 minutes**. Au-delà de ce délai, vous devrez demander un nouveau code.

Ce code est strictement personnel et ne doit jamais être communiqué.

Nous ne demandons jamais de code par téléphone.

Si vous n'êtes pas à l'origine de cette demande, contactez votre caisse d'assurance maladie qui vous donnera les consignes à suivre. Sachez néanmoins que votre compte ameli reste sécurisé.

Ce message est généré par un automate. Ne pas utiliser la fonctionnalité "répondre à".

Merci de votre confiance.

Votre caisse d'assurance maladie

J'accède à mon compte ameli

Tous les champs sont obligatoires.

2 73 [redacted]

Où trouver mon numéro de sécurité sociale ?

●●●●●●

Mot de passe oublié ?

Saisissez le code de sécurité reçu par mail.

Vérifiez votre dossier Spam ou Indésirable.

1 0 1 7 2 1

Je me connecte avec mon ordinateur personnel.

En cochant cette case, je n'aurai plus à saisir de code de sécurité pendant 6 mois.

ME CONNECTER

Ensuite, un nouveau message est envoyé sur la messagerie de l'assuré(e) afin de l'informer qu'une connexion a été réalisée sur son compte Ameli.

De Votre Assurance Maladie <ne-pas-repondre@app.assurance-mala... ☆

Sujet **[INTERNET] Votre compte ameli - Information de connexion** 09

Réponse à ne-pas-repondre@ameli.fr <ne-pas-repondre@ameli.fr> ☆

Pour [redacted] nesie-francaise.pref.gouv.fr ☆ Autres actions

Bonjour,

Une connexion à votre compte ameli a eu lieu le vendredi 21 juillet 2023 à 21:52 (heure de Paris).

Si vous n'êtes pas à l'origine de cette connexion, veuillez en informer rapidement votre Caisse d'Assurance Maladie et modifier votre mot de passe du compte ameli.

Attention, cet email est généré par un automate. Ne pas utiliser la fonctionnalité "répondre à".

Merci de votre confiance.

Votre Caisse d'Assurance Maladie

Si le code a expiré entre temps, il faut cliquer sur le nouveau bouton "Recevoir un nouveau code de sécurité".

Si vous n'aviez pas saisi d'adresse électronique en amont sur votre compte Ameli, vous serez alors invité(e) à le faire depuis l'application mobile "Compte Ameli" (accessible depuis l'[Appstore](#) ou [Google Play](#)). Si vous ne pouvez pas ou vous ne souhaitez pas utiliser cette application, il faudra contacter votre référent RH-sécu afin que la CNAM réinitialise votre compte.

Si vous avez fait une erreur de saisie de mot de passe ou du code de sécurité, vous serez invité(e) à vérifier les informations saisies. Attention, passés 3 échecs, votre compte sera bloqué 15 minutes.

Pour rappel, le compte Ameli (et ses identifiants) permet aussi de se connecter simplement à plus de 750 services en ligne de différentes administrations via le dispositif FranceConnect (cf. [point G-7 dédié ci-après](#)), notamment les différents organismes de retraite (GIP Info-Retraite, ENSAP, RAFF, IRCANTEC, CNRACL, CNAV, etc.).

G-3°/ Que faire de la fenêtre "pop-up" qui apparaît sur Ameli ?



Beaucoup d'entre vous ont été interpellés par une fenêtre dite "pop-up" leur demandant leur code postal.

Une fenêtre pop-up, parfois appelée "fenêtre intrusive" ou "fenêtre surgissante", est une fenêtre secondaire qui s'affiche sans avoir été sollicitée par l'utilisateur devant la fenêtre de navigation principale lorsqu'on navigue sur internet.

Cette sollicitation a pour but de vous afficher une interface "localisée" et personnalisée d'Ameli en lien avec la caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) départementale de votre ressort géographique.

En l'occurrence, l'algorithme lié à cette fenêtre ne reconnaît pas les codes postaux de la Polynésie française, puisqu'il n'y a pas de CPAM en Polynésie française.

Vous avez donc 2 options :

- soit vous fermez simplement cette fenêtre en cliquant sur la croix dans l'angle en haut à droite (pas d'incidence majeure / vous aurez juste une version "nationale" du site) ;
- soit vous indiquez un code postal du Val-de-Marne, qui est notre département "virtuel" de rattachement (ex : 94000 pour Créteil).

G-4°/ Actualisation/fiabilisation des adresses et problématiques multiples du code postal

De nombreux agents n'arrivent pas à ouvrir de comptes Ameli pour pouvoir éditer de nouvelles attestations de façon autonome, principalement pour des problèmes de numéro de sécurité sociale ou de mauvais code postal. Pour ce dernier, en voici les principales raisons :

- 1.- Aucun service ne dispose d'une boule de cristal extralucide ! → **Si vous n'avez pas déclaré votre nouvelle adresse postale, l'organisme ne peut pas la deviner...** Or, tous vos documents (y compris le code provisoire, la carte Vitale ou la carte européenne) vous seront envoyés à la dernière adresse déclarée.
- 2.- Certains agents ont **indiqué une adresse géographique au lieu d'une adresse postale** alors qu'il n'y a pas de distribution de courrier à domicile.
- 3.- L'application Ameli ne comprend pas tous les codes postaux polynésiens. En l'occurrence, le 98713 et le 98715 n'existent pas (**uniquement le 98714 / négociations toujours en cours avec la CNAM pour l'actualisation du paramétrage d'Ameli**) mais ils sont saisissables dans la base de données de la CNAM.
- 4a.- **L'ancienne base de gestion de la MFP (et de ses filiales) comportait une anomalie** sur les codes postaux polynésiens : ce sont les codes INSEE des communes qui ont été programmés à la place (ex : Papeete se retrouvait avec le code unique 98735 au lieu de 98713, 98714 ou 98715).
- 4b.- Pour pallier partiellement cette erreur, certains comptes ont alors été **modifiés avec le code "neutre" 98700**.
- 5.- Il y a aussi une **problématique autour de la visibilité des éléments d'adresse** entre l'application et les courriers. Un changement d'application, opéré en 2015 lors de la restructuration par la MFP et la préparation de Puma, a modifié le libellé des courriers : au lieu d'une adresse sur 4 lignes, il n'y a plus que 3 lignes apparentes (entraînant le fait que certains éléments ne sont plus mentionnés).

FORTE RECOMMANDATION : Ne modifiez pas vous-même votre adresse postale polynésienne sur Ameli.

Une option "Déclarer ma nouvelle adresse" existe également. Compte tenu des particularités des adresses en Polynésie française, des spécificités techniques du logiciel de gestion et de ces mauvais paramétrages informatiques pour les adresses polynésiennes, notamment les codes postaux, il est complètement déconseillé d'utiliser cette option pour les résidents de Polynésie française.

En effet, la rectification sera au mieux non prise en compte, au pire plus erronée que la version précédente, au risque de ne plus recevoir les prochains courriers.

En outre, si vous n'avez pas vérifié que vos droits ont bien été transférés auprès de la CPAM-94, ce changement d'adresse en ligne pour y indiquer une autre adresse en Polynésie française peut entraîner votre radiation d'office. Or, le rétablissement de vos droits peut ensuite mettre plus d'un mois à être effectif.

→ En cas de rectification nécessaire (même après la création de votre compte), de blocage ou de doute (au moment de la création), demandez à votre référent RH-sécu (cf. rubrique J) de faire actualiser votre adresse postale auprès de la CPAM-94 ou votre centre de gestion si vous n'êtes pas géré(e) par la CPAM-94.

→ À noter que si l'application Ameli n'accepte pas certains codes postaux en modification directe, il est possible de les faire quand même intégrer en passant par la base source des droits ouverts de l'assurance-maladie

Exemples :

| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Adresse</th> <th>Code postal</th> <th>Bureau distributeur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>98703</td> <td>PUNAAUIA</td> </tr> <tr> <td>Complément adresse PUNAVAI</td> <td></td> <td>Commune BP 2719</td> </tr> </tbody> </table> | Adresse | Code postal | Bureau distributeur | | 98703 | PUNAAUIA | Complément adresse PUNAVAI | | Commune BP 2719 | → | |
|--|-------------|---------------------|---------------------|--|-------|---------------|------------------------------------|--|------------------|---|--|
| Adresse | Code postal | Bureau distributeur | | | | | | | | | |
| | 98703 | PUNAAUIA | | | | | | | | | |
| Complément adresse PUNAVAI | | Commune BP 2719 | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Adresse</th> <th>Code postal</th> <th>Bureau distributeur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>98713</td> <td>PAPEETE CEDEX</td> </tr> <tr> <td>Complément adresse TAHITI</td> <td></td> <td>Commune BP 20844</td> </tr> </tbody> </table> | Adresse | Code postal | Bureau distributeur | | 98713 | PAPEETE CEDEX | Complément adresse TAHITI | | Commune BP 20844 | → | |
| Adresse | Code postal | Bureau distributeur | | | | | | | | | |
| | 98713 | PAPEETE CEDEX | | | | | | | | | |
| Complément adresse TAHITI | | Commune BP 20844 | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Adresse</th> <th>Code postal</th> <th>Bureau distributeur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>98715</td> <td>PAPEETE CMP</td> </tr> <tr> <td>Complément adresse MOTU UTA TAHITI</td> <td></td> <td>Commune BP 9780</td> </tr> </tbody> </table> | Adresse | Code postal | Bureau distributeur | | 98715 | PAPEETE CMP | Complément adresse MOTU UTA TAHITI | | Commune BP 9780 | → | |
| Adresse | Code postal | Bureau distributeur | | | | | | | | | |
| | 98715 | PAPEETE CMP | | | | | | | | | |
| Complément adresse MOTU UTA TAHITI | | Commune BP 9780 | | | | | | | | | |

G-5°/ Quelques éclaircissements sur les éventuels champs en rouge sur votre compte Ameli

Lorsque vous allez sur votre compte Ameli et notamment dans la rubrique "Mes informations", vous constatez certainement, pour la plupart d'entre vous, plusieurs champs en rouge dans votre profil personnel.

Il y a en général 5 champs concernés :

a) la déclaration d'un "organisme complémentaire" santé ;

| | |
|--------------------------|--|
| Organisme complémentaire | Voir les informations de CPAM du VAL de MARNE (nouvelle fenêtre) |
| | <p>Vous avez une mutuelle ? Envoyez-lui une attestation de droits pour que votre mutuelle puisse se connecter à votre dossier.</p> <p>Vous n'avez pas de mutuelle ? Estimez vos droits à une Complémentaire santé solidaire.</p> |

b) la déclaration d'un médecin traitant ;

| | |
|------------------|--|
| Médecin traitant | Vous n'avez pas de médecin traitant |
|------------------|--|

c) la détention d'une carte européenne d'assurance-maladie ;

| | |
|--------------------------------------|--|
| Carte Européenne d'Assurance Maladie | Aucune carte CEAM en cours de validité. |
|--------------------------------------|--|

d) les numéros de téléphones portable et fixe.

| | |
|--------------------|---|
| Téléphone portable | Vous n'avez pas renseigné de numéro de téléphone portable. |
| Téléphone fixe | Ajouter |

Pour le champ a), cela dépend si vous avez souscrit à une complémentaire santé ou non (cf. point H dédié ci-après).

Si oui, et si cela n'apparaît pas sur votre compte Ameli, il faut prendre contact avec votre organisme de complémentaire santé (mutuelle, assurance, etc.) afin qu'il déclare au besoin votre contrat sur Ameli.

Pour le champ b), il faut tenir compte du fait qu'il y a 2 systèmes de médecin traitant de référence (à déclaration obligatoire) en parallèle et sans interaction l'un avec l'autre (*cf. point F-2 et fiche spécifique dédiée*).

À ce stade, et pour ce qui est de la sécurité sociale et de la déclaration sur Ameli, cette déclaration d'un médecin traitant n'est pas obligatoire pour les agents de l'État résidant en Polynésie française.

En revanche, si vous êtes en séjour limité, il est plutôt conseillé de conserver la déclaration de votre médecin traitant de métropole pendant votre séjour (surtout si vous retournez ensuite dans la même zone géographique).

Pour le champ c), cette carte ne vous est utile que si vous envisagez de vous rendre en séjour temporaire dans un des 32 pays européens adhérents afin de bénéficier des accords de coordination inter-régimes entre tous les pays européens adhérents (*cf. point G-10 dédié ci-après*).

Pour le champ d), la difficulté réside dans le rejet des numéros au format polynésien. Il y a donc 2 options : soit laisser les champs vides même s'ils resteront indiqués en rouge, soit les compléter un substitut (*cf. point G-1 dédié à la création d'un compte Ameli*).

G-6°/ Attention aux faux courriels ou SMS Ameli et aux risques d'hameçonnage

La CNAM met en garde régulièrement ses assurés sociaux contre des appels téléphoniques frauduleux et contre l'envoi de courriels et de SMS frauduleux réalisés à son détriment.

Tous les messages de ce type en dehors de l'espace du compte Ameli sont des tentatives d'hameçonnage.

L'hameçonnage informatique (ou *phishing*) est une technique d'escroquerie en ligne de plus en plus répandue par laquelle les escrocs cherchent à obtenir des informations confidentielles afin de s'en servir ensuite (en usage direct ou à la revente).

Il consiste à récupérer vos coordonnées bancaires (RIB ou carte bancaire), vos données personnelles voire sensibles en vous incitant à cliquer sur un lien contenu dans un courriel frauduleux aux couleurs d'un organisme officiel (banques, administrations, etc.).

L'un des vecteurs privilégiés par les pirates pour mener à bien leurs arnaques est la caisse d'assurance-maladie.

Attention : Les méthodes des pirates sont de plus en plus perfectionnées. En apparence, ces messages ont très généralement tout d'un message authentique : logo de l'organisme, langage administratif, renvoi vers des sites vitrines identiques aux vrais. Ils sont graphiquement ressemblants, aussi bien sur l'apparence générale du courriel que l'adresse électronique (*exemples frauduleux* : contact@carte-vitale.fr / Services-public.fr / Service-Ameli@securemail.pro / Votre-Assurance-Maladie-notificacion-mail@mailauthx.com / supportclient-remb@annuaire.sante.ameli.fr / VALIDATION-CARTE-VITALEV3-APPLICATION@orange.fr), et les documents sont suffisamment bien faits pour sembler officiels.

À noter que les escrocs peuvent aussi usurper d'autres sites internet administratifs (exemple : service-public avec une offre [trop] alléchante de commande d'une carte Vitale v3 [version qui n'existe d'ailleurs pas !] envoyée en 24 heures !).

En aucun cas, vous ne devez y répondre ni donner suite.

Quelques points de vigilance :

- l'assurance-maladie n'utilise pas de référence de dossier dans l'objet des courriels qu'elle envoie ;
- elle ne demande jamais la communication d'éléments personnels en dehors de l'espace sécurisé du compte Ameli ;
- aucune donnée personnelle n'est demandée par courriel, que ce soit votre numéro de sécurité sociale, vos coordonnées bancaires, vos informations médicales, etc. et encore moins vos identifiants et mots de passe ;
- elle ne demande jamais de validation préalable pour un remboursement de prestation ;
- elle ne se présente pas comme un "service clientèle" ou "service client" ;
- elle n'écrit jamais en rouge dans ses courriels ;
- ses messages ne contiennent jamais de liens de redirection vers des sites demandant de fournir des informations personnelles (seule la connexion vers le compte Ameli, dont l'adresse contient l'URL assure.ameli.fr ou vers le site ameli.fr peut vous être proposée).

Autre détail important : si vous n'avez pas effectué de soins en métropole ou dans un DOM mais uniquement en PF et via la CPS, il n'y a aucune raison que l'assurance-maladie vous rembourse quoi que ce soit en direct.

En cas de doute, vous pouvez contacter le service dédié à la lutte contre la fraude à l'adresse suivante : luttecontrelafraudeCPAM94@assurance-maladie.fr.

Vous pouvez aussi le signaler sur le site gouvernemental dédié aux contenus illicites à la rubrique "escroquerie" : <https://www.internet-signalement.gouv.fr/PortailWeb/planets/SignalerEtapeInformer!load.action>.

G-7°/ Autre usage essentiel d'un compte Ameli : l'accès sécurisé via FranceConnect



Certaines démarches dématérialisées au niveau national ou métropolitain requièrent désormais de s'identifier via le portail FranceConnect (ex : demandes d'actes de naissance ou de casier judiciaire, accès à l'espace numérique sécurisé de l'agent public – en activité ou à la retraite, etc.).



FranceConnect est un portail national sécurisé d'accès fondé sur les plates-formes de 7 organismes ou dispositifs possibles :

- 1– la Caisse nationale d'assurance-maladie (sécurité sociale métropolitaine / www.ameli.fr),
- 2– le site des impôts français (www.impots.gouv.fr),
- 3– la mutuelle sociale agricole (<https://www.msa.fr/lfp/franceconnect>),
- 4– la plate-forme Mobile Connect et moi (<https://mc.orange.fr> – à ce jour uniquement pour les clients du fournisseur Orange),
- 5– la Poste numérique (<https://lidentitenumérique.laposte.fr/>),
- 6– la plate-forme EtyS (https://idp.yris.eu/auth/realms/yris/login-actions/registration?client_id=france-connect&tab_id=Dihx9noVLsE – identité numérique européenne),
- 7– la nouvelle carte nationale d'identité électronique et le dispositif France Identité numérique (<https://france-identite.gouv.fr/>).

En l'occurrence, il faut avoir un compte actif en ligne auprès d'au moins un de ces organismes ou dispositifs pour pouvoir utiliser FranceConnect.

Pour les modes 1 à 4, la connexion via FranceConnect se fait avec vos éventuels identifiants propres à chaque portail source.

À ce jour, si vous n'avez pas de compte actif aux impôts nationaux ni à la sécurité sociale métropolitaine ou à la MSA, le seul moyen pour un résident polynésien d'obtenir cette identité numérique est de passer par le système de La Poste qui est ouvert à tous, quel que soit son lieu de résidence (<https://lidentitenumérique.laposte.fr/signup> [pour la création du compte] - <https://lidentitenumérique.laposte.fr/auth> [pour l'utilisation par authentification après création du compte]).

En revanche, cela requiert d'avoir un smartphone de génération assez récente :

- pour un Android, il faut la version 6.0 de Android OS ou une mise à jour logicielle postérieure à 2015 (<https://play.google.com/store/apps/details?id=fr.laposte.idn>) ;
- pour un iPhone, il faut la version 12 de iOS (<https://apps.apple.com/fr/app/lidentit%C3%A9-num%C3%A9rique/id1434857287>).

De fait, à défaut de pouvoir vérifier l'identité de la personne dans un bureau de poste, le contrôle d'identité se fera par *selfie* (comme pour France-Identité lorsque ce dispositif sera déployé).

Après création du compte et pour des raisons de sécurité, le dispositif fonctionne avec un code envoyé par SMS sur votre smartphone à chaque connexion.

G-8°/ Comment obtenir une carte Vitale via son compte Ameli ?



De façon générale, les ressortissants SS doivent disposer de 2 cartes :

- la **carte CPS** pour le tiers-payant local ;
- la **carte Vitale** pour le tiers-payant en métropole ou dans les DOM.

Si la carte Vitale n'a aucune utilité en Polynésie française, il est nécessaire de disposer d'une carte Vitale en état de fonctionnement et à jour pour les éventuels déplacements en métropole ou dans les DOM pendant votre séjour.

De fait, si vous ou un de vos ayants-droit devez être **évasané(e-s) en métropole** ou si vous avez besoin de soins pendant un **séjour en métropole** (vacances, mission, formation, etc.), **seule la carte Vitale vous sera utile pour le tiers-payant**.

Vous devez donc vous assurer d'avoir toujours non seulement physiquement une carte Vitale mais aussi qu'elle soit **à jour et en état de fonctionnement**.

Il est possible d'avoir une carte Vitale dès l'âge de 12 ans. Une demande doit être faite par les parents auprès de leur caisse. Cependant, les enfants restent ayant-droit de leurs parents jusqu'à leur majorité.

Si votre carte Vitale ne fonctionne plus, si c'est un modèle sans photo ou si vous ne la retrouvez plus, il faut en commander une nouvelle.



ATTENTION : La délivrance d'une nouvelle carte peut parfois prendre plusieurs mois (et au minimum un mois). N'attendez donc pas la dernière minute pour vous rendre compte que vous n'avez plus votre carte ou qu'elle ne fonctionne plus.

Le site Ameli permet de **commander en ligne une nouvelle carte**. Vous pouvez donc faire **directement vos démarches en ligne** à cet effet.

Vous pouvez effectuer la demande en ligne, via votre compte Ameli, en suivant les différentes étapes et en y téléchargeant avec une photo numérique aux normes "passeport", une version scannée de votre signature (encre noire sur fond blanc) et une copie de votre pièce d'identité (CNI ou passeport en cours de validité).

Si l'application bloque votre demande, cela peut venir du fait que vous aviez une ancienne carte qui n'a pas été complètement désactivée. Dans ce cas et si nécessaire, il vous faudra d'abord déclarer en ligne la perte ou le vol de votre carte puis refaire votre demande de nouvelle carte.

IMPORTANT avant d'effectuer la commande : Vérifiez bien l'adresse indiquée sur votre compte Ameli. Le formulaire pré-rempli pour l'édition de la carte (si vous n'optez pas pour la commande en ligne) et la future carte vous sont adressés à la dernière adresse que vous avez communiquée à votre centre de gestion de la sécurité sociale.

Si une rectification doit être faite avant expédition des documents, vous devez communiquer votre nouvelle adresse postale à votre référent RH-sécu (si vous relevez de la CPAM-94 / [cf. rubrique J](#)) ou bien directement à votre centre de gestion (pour les autres / [cf. rubrique J](#)).



Si votre carte dispose déjà d'une photo et qu'elle est en état de fonctionnement, il vous appartient de déterminer si vous souhaitez quand même la renouveler (notamment si vous envisagez d'utiliser votre **dossier médical partagé** créé par l'assurance-maladie (nouvel intitulé "**Mon espace santé**" / [cf. point G-11 dédié](#)) car la **finalisation de la création du compte requiert un numéro valide de carte Vitale**).

G-9°/ Comment actualiser sa carte Vitale ?



Une borne Vitale a été installée le 22 octobre 2018 **dans le hall d'accueil du bâtiment principal du haut-commissariat**, en partenariat avec la mutuelle Intériale.

Elle permet aux ressortissants de la sécurité sociale métropolitaine, assurés et ayants-droit, d'actualiser et de consulter les données enregistrées dans la puce de leur carte Vitale.

Si vous n'avez pas actualisé votre carte Vitale depuis 2015 ou si vous avez stocké votre carte dans un endroit humide, il se peut que l'actualisation sur la nouvelle borne ne fonctionne pas (puce désactivée, abîmée ou oxydée). Dans ces situations, vous devez en commander une nouvelle.

Rappel : Il faut d'abord vous assurer d'avoir fiabilisé votre adresse postale sur Ameli (au besoin via votre gestionnaire RH) avant de commander votre carte, faute de quoi vous ne la recevrez pas.

Lors d'un séjour en métropole ou dans un DOM, pour raisons médicales, professionnelles ou personnelles, vous pouvez aussi mettre à jour votre carte Vitale dans les pharmacies, les centres de sécurité sociale, les hôpitaux, etc.

G-10°/ Recours à la carte européenne d'assurance-maladie (CEAM)

NB : À la différence de la CNAM, la CPS n'a aucun accord de coordination avec les pays européens.

Vous envisagez de voyager dans un pays européen ? Pendant votre séjour, vous avez besoin de soins ? Avant de partir, pensez à demander un justificatif de votre couverture santé. La CEAM doit être demandée **minimum 20 jours au moins avant le départ** (sans compter le délai d'acheminement postal en Polynésie française).

En revanche, cette carte ne vous est utile que si vous envisagez de vous rendre en séjour temporaire dans un des 32 pays européens adhérents (hors France^o) afin d'accéder à des soins et de bénéficier des accords de coordination inter-régimes entre tous les pays européens adhérents, membres de l'Espace économique européen (EEE) et/ou de l'Union européenne :

| Pays de l'UE | | | Pays de l'EEE | Autres pays |
|--|--|---|-------------------------------------|--|
| Allemagne Autriche Belgique Bulgarie Croatie Chypre Danemark Espagne Estonie | Finlande Grèce Hongrie Irlande Italie Lettonie Lituanie Luxembourg Malte | Pays-Bas Pologne Portugal République tchèque Roumanie Slovaquie Slovénie Suède (+ France ^o) | Norvège Islande Liechtenstein | Suisse Royaume-Uni* <i>* Bien que le pays ait officiellement quitté l'UE, la carte est toujours acceptée actuellement par la NHS (le système de la santé publique national).</i> |
| Y compris les îles Baléares et les Canaries (Espagne), ainsi que les archipels de Madère et des Açores (Portugal). | | | | Y compris Gibraltar (Royaume-Uni). |

^o La CEAM ne remplace pas la carte Vitale et n'est pas valable en France pour les ressortissants français.

Elle vous permettra d'attester de vos droits à l'assurance-maladie et de bénéficier d'une prise en charge sur place de vos soins médicaux, selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays de séjour.

IMPORTANT : Seuls les soins devenus nécessaires en cours de séjour (urgents, inopinés) peuvent être pris en charge au moyen de la CEAM, ce qui signifie...

→ Soins couverts

Seuls les soins imprévus et médicalement nécessaires sont couverts (par exemple, consultation d'un médecin ou hospitalisation en urgence à la suite d'un accident, etc.). Il s'agit des traitements qui vous évitent de rentrer en France pour vous faire soigner et vous permettent de terminer votre séjour dans des conditions médicales sûres.

→ Soins non couverts

Les soins privés ne sont pas couverts. Si vous bénéficiez de soins privés dans un des pays cités, vous pouvez en demander le remboursement une fois rentré en France, en application du tarif en vigueur en France.

La carte ne permet pas non plus la prise en charge des frais liés à un traitement médical que vous auriez programmé dans l'un des pays de l'Espace économique européen (EEE) : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède ou en Suisse.

Elle est gratuite, individuelle et nominative et a une validité de 2 ans. Chaque membre de votre famille peut avoir la sienne, y compris les enfants de moins de 16 ans.

La durée de validité de votre CEAM ne pourra toutefois pas excéder la durée de vos droits à l'assurance-maladie.

Le renouvellement ne peut se faire qu'à la date de péremption de la carte.



→ Comment l'obtenir ?

La CEAM doit être commandée en ligne via votre compte Ameli ou auprès de votre caisse d'assurance-maladie. Aucun document n'est à fournir lors de votre demande.

La CEAM est aussi utilisable en version dématérialisée via l'application Ameli pour smartphone et tablette.

→ Comment l'utiliser ?

Pour attester de vos droits à l'assurance-maladie, présentez systématiquement votre CEAM chez le prestataire de soins. Vous bénéficierez ainsi de la prise en charge de vos soins médicaux : soit vous n'avez pas à faire l'avance des frais médicaux, soit vous devez faire l'avance des frais médicaux et vous vous faites rembourser sur place, par l'organisme de sécurité sociale de votre lieu de séjour.

IMPORTANT :

- Vous avez eu besoin de soins médicaux pendant votre séjour et vous avez dû les régler sur place car vous n'avez pas votre CEAM... ?
 - Vous avez fait l'avance des frais médicaux et vous n'avez pas demandé leur remboursement sur place... ?
 - Vous avez fait appel à la médecine privée... ?
- Pensez à conserver les factures acquittées et les justificatifs de paiement et adressez-les, accompagnés du formulaire S-3125, à votre caisse d'assurance-maladie (en métropole). Vous pourrez éventuellement être remboursé(e) à votre retour en France, soit sur la base des tarifs en vigueur de la sécurité sociale française, soit selon la législation du pays de séjour en le signalant sur le formulaire S3125, et dans la limite des dépenses engagées.

ATTENTION :

- La CEAM n'est qu'un justificatif basique assurant que les prestations de soins seront dispensées selon la législation de l'État membre du séjour. Elle n'empêche pas la rédaction de formulaires rédigés en une langue étrangère ou de devoir payer des prestations de soins au tarif local qui peut être supérieur à la facturation française.
- Renseignez-vous sur l'état sanitaire du pays et vérifiez les frais médicaux qui resteront à votre charge. Dans certains pays, les frais médicaux coûtent très cher.
- Les frais de transport et de rapatriement sanitaire ne sont pas couverts et restent à votre charge.
- Il est donc recommandé de souscrire un contrat d'assistance ou d'assurance, qui garantit le remboursement des frais médicaux engagés et le rapatriement sanitaire.

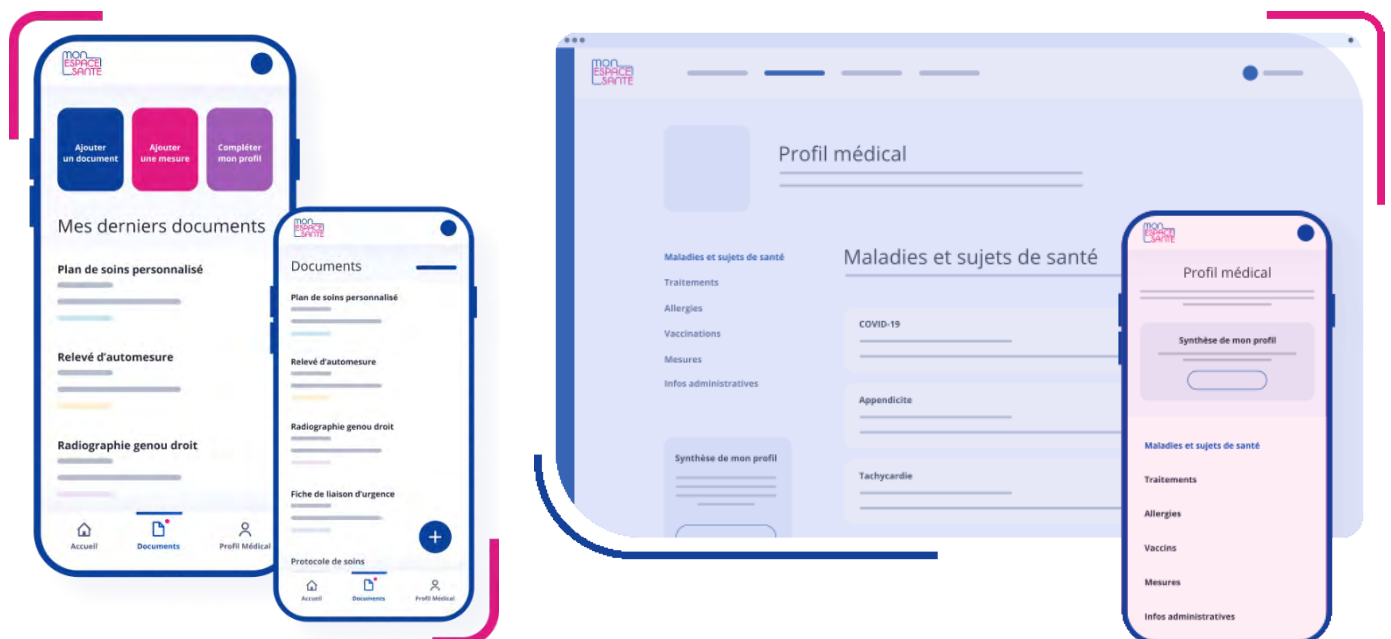
G-11°/ L'espace numérique santé individuel



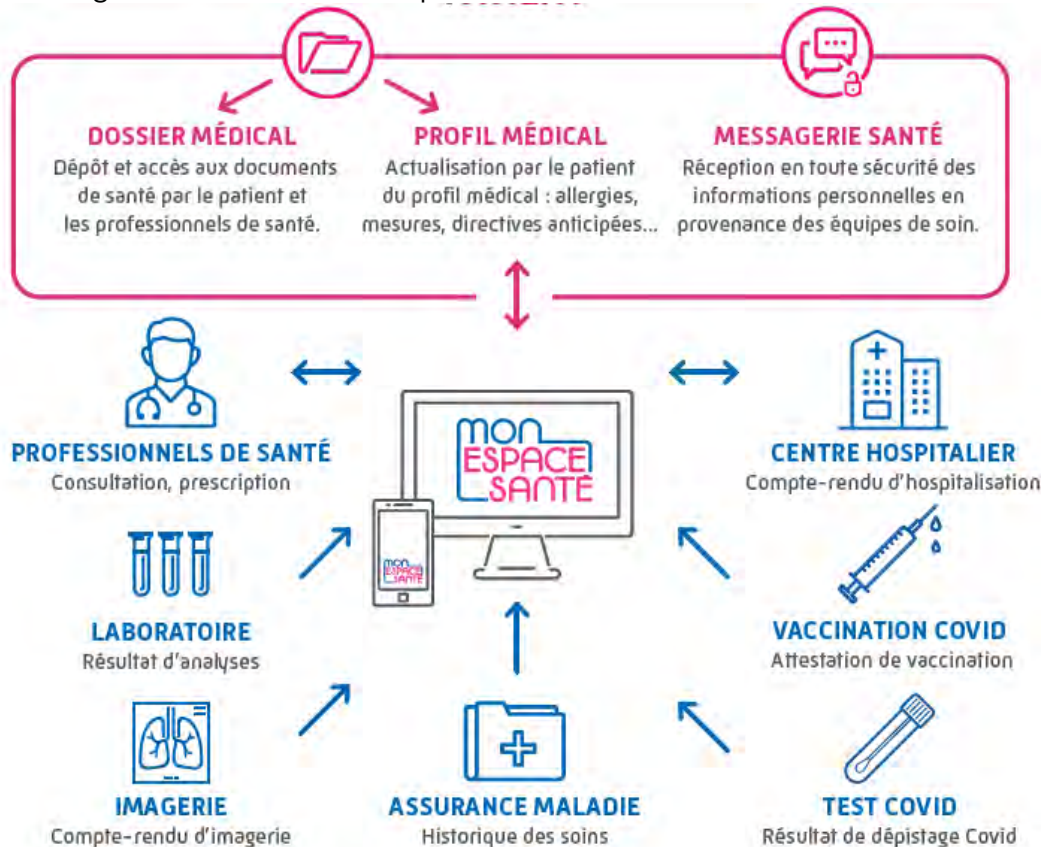
Lancé début 2019 par la CNAM, le dossier médical partagé vient de laisser sa place en 2022 à un nouvel espace numérique sécurisé appelé "Mon espace santé" (<https://www.monespacesante.fr/>) avec plus d'options et de modalités disponibles.

Outre le fait de pouvoir y stocker ses informations personnelles sur sa santé, il comprend désormais également un mode de contact en ligne, ainsi qu'un système d'agenda pour se rappeler les rendez-vous déjà fixés.

Il dispose aussi d'une interface pour obtenir des conseils en matière de santé.



L'assuré(e) peut déterminer quel(s) professionnel(s) de santé peu(ven)t accéder (en consultation et/ou alimentation) à ses informations (avec un système d'accès différencié) sur cette plate-forme. Il existe aussi un module d'accès pour les services d'urgence si la situation le requiert.



2 nouvelles fonctionnalités verront le jour courant 2022 :



La pré-création de ce compte est automatique pour tous les assurés de la sécurité sociale. Un code confidentiel est envoyé à chaque assuré soit par SMS soit par courriel (attention néanmoins aux arnaques et aux hameçonnages électroniques (cf. [point G-6 dédié](#)). Ce code est valable uniquement 6 semaines à partir de la date d'envoi. À noter que si l'assuré(e) ne souhaite pas disposer de ce compte, il/elle peut aussi utiliser ce code pour en demander la suppression.

En revanche, la finalisation de cette création nécessite, d'une part, l'intervention de l'assuré(e) et, d'autre part, que ce/cette dernier(e) dispose d'une carte Vitale en cours de validité car son numéro de série est requis. Si celui-ci n'est pas reconnu par la plate-forme, il faudra d'abord commander une nouvelle carte puis retenter la finalisation de création.

Pour finir, cette nouvelle interface sécurisée est aussi accessible via une application mobile dédiée téléchargeable pour les plates-formes Apple (<https://apps.apple.com/fr/app/mon-espace-sant%C3%A9/id1589255019>) et Google (<https://play.google.com/store/apps/details?id=fr.assurancemaladie.monespacesante>).

ATTENTION : Comme pour la notion de médecin traitant (cf. [fiche dédiée](#)), le dispositif national "Mon espace santé" ne vaut que pour une relation avec des professionnels rattachés et déclarés à la sécurité sociale. Il peut toutefois être une aide pour le patient afin de rassembler et conserver ses données personnelles d'ordre médical et sanitaire en un même endroit sécurisé.

De son côté, la CPS vient de lancer en 2022 une étude pour un système équivalent de dossier médical partagé sécurisé qui ne devrait voir le jour qu'à partir de 2026.

G-12°/ Étapes pour la création et la finalisation d'un compte Tatou



L'inscription à Tatou peut se faire en se rendant au siège ou dans une antenne de la CPS en Polynésie française.

Toutefois, depuis la crise sanitaire, un système de demande par voie électronique a été mise en place permettant de ne plus avoir à se déplacer. Il vous permet de demander directement la création de votre compte Tatou à la CPS par courriel (inscriptiontatou@cps.pf).

Important : afin de pouvoir ouvrir un compte Tatou, il faut d'abord avoir un numéro DN et des droits ouverts auprès de la CPS.

Pour rappel, la création de ce compte est essentielle si vous voulez notamment pouvoir :

- disposer facilement de votre carte CPS (avec la mise en place de Tatou, la CPS n'édiite plus de "carte verte" / l'attestation de droits doit être téléchargée directement depuis votre espace personnel sur Tatou) ;
- avoir vos relevés de remboursement (notamment si vous avez une complémentaire santé) ;
- connaître la validité de vos droits (*cf. point E-6 "attention aux dates"*) ;
- demander un relevé de carrière (si vous avez cotisé à la CPS).

Pour finaliser votre demande, voici les éléments et documents qu'il vous faut fournir :

- le formulaire de demande d'adhésion (<http://www.cps.pf/files/FormulaireAdhesionTatou.pdf>) dûment rempli et signé ;
- une copie de votre carte nationale d'identité ou de passeport en cours de validité ;
- une copie de votre carte CPS ;
- votre date de naissance ;
- vos adresses postale et géographique ;
- vos coordonnées téléphoniques et électroniques.

Sur le même principe qu'Ameli, pour finaliser la création de votre compte Tatou, vous recevrez un message automatique sur l'adresse électronique que vous aurez fournie avec un lien à activer dans les 24 heures qui suivent. **Attention, le délai est plus court** que pour un compte Ameli.

À noter qu'il existe aussi une possibilité de créer son compte en ligne (<https://tatou.cps.pf/inscriptions>) par le biais de question secrètes mais cela requiert de bien connaître les données fournies préalablement à la CPS (ex : n° RIB, n° d'identifiant du médecin traitant, NIR local de l'assuré, etc.). Dans ce cas, le code d'activation vous sera envoyé par SMS sur le numéro de téléphone portable que vous aurez déclaré.

The image displays two screenshots of the Tatou registration process. The top screenshot shows the 'S'inscrire à Tātou' page, which includes a sidebar with three steps: 'Etape 1 : Remplir le formulaire', 'Etape 2 : Entrer le code de validation', and 'Etape 3 : Se connecter à Tātou'. The main content area is titled 'Votre identité' and contains fields for 'DN', 'Téléphone portable (Espace CPS)', and 'Choisissez et repondez à deux questions différentes'. The bottom screenshot shows the 'Formulaire d'inscription' page, which includes a 'Code de confirmation' field and a 'GÉNÉRER UN NOUVEAU CODE' button.

G-13°/ Exemples de visuels d'un compte Tatou à la création et à la navigation

Se connecter

Si vous n'êtes pas inscrit(e)

Pour vous connecter à tâtou, vous devez récupérer un code de validation à un guichet de la CPS. Cette étape est indispensable pour vérifier votre identité compte tenu de la confidentialité des informations accessibles depuis tâtou. [Puis vous pouvez compléter votre inscription en cliquant ici.](#)

Si vous êtes inscrit(e)

Vous pouvez vous connecter à l'aide du formulaire de droite

Je souhaite récupérer mon mot de passe

ACCUEIL MES ATTESTATIONS MES RELEVÉS AIDE

CPS - eService

Relevé de carrière

Relevé du compte cotisant

Relevé d'information des prestations familiales

Relevé d'information des revenus

Relevé des paiements

Relevés des prestations de santé

Liens rapides

Vos documents

Relevé des prestations

ACCUEIL MES ATTESTATIONS MES RELEVÉS AIDE

Avis aux parents

Attestation d'affiliations

Inscription RSPF

Attestation de couverture sociale

Attestation de couverture sociale hors Polynésie française

Pension de retraite, de réversion et d'allocation adultes handicapés

Attestation de régularité

Carte d'assuré social

Récupérez votre code à la CPS

À un guichet CPS, sur présentation de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport) en cours de validité nous vous remettrons votre contrat d'adhésion ainsi que votre code de validation.

Rempissez ce formulaire

Muni de votre code de validation, vous pouvez remplir le formulaire situé à droite afin de créer votre compte tâtou.

Validez votre adresse email

Une fois votre inscription terminée, nous vous enverrons un email afin de vérifier votre adresse. Il vous suffit de cliquer sur le lien contenu dans cet email pour finaliser la création de votre compte tâtou.

Utilisez tâtou

Je ne suis pas un robot

J'accepte les termes et conditions

INSCRIPTION

Liens rapides

Vos documents à télécharger

- Relevé des prestations de santé
- Carte d'assuré social
- Relevé des paiements

G-14°/ Nouvelle gestion des arrêts-maladie par voie électronique



Depuis février 2024, la CPS a mis en place une application "A Turu" pour la gestion des arrêts de travail.

En amont, le patient doit être adhérent à la plate-forme Tatou (ce sont ces identifiants qui sont utilisés pour la connexion à l'application A Turu), puis télécharger et installer l'application A Turu sur son smartphone :

- pour Android → <https://play.google.com/store/apps/details?id=pf.aturu.cps.app&pli=1> ;
- pour Apple → <http://apps.apple.com/us/app/a-turu/id6473547720>.

Une fois l'arrêt saisi par le médecin dans l'interface de l'application, le patient doit se connecter à son espace personnel pour finaliser les éléments nécessaires à la transmission de cet arrêt et à son éventuel contrôle. Ensuite, l'application générera automatiquement l'arrêt-maladie au format pdf et le transmettra directement par courriel pour notification (avec l'arrêt en pièce jointe), tant à la CPS qu'à son employeur, – voire à un collègue ou à un proche.

Une vidéo de démonstration est [disponible sur YouTube](#) et des supports pdf sur le [site de la CPS](#).

G-15°/ Un problème de matériel ou une appréhension pour réaliser ces démarches... des points d'accueil numérique est à votre disposition



La création puis la gestion de comptes Ameli et Tatou requièrent toutes les deux d'avoir un matériel informatique adapté (ordinateur, tablette ou smartphone), un accès à internet, ainsi qu'une certaine maîtrise des outils numériques, des démarches administratives dématérialisées et de la langue française.



Si vous ne disposez pas d'un accès internet ou si vous rencontrez des difficultés, vous pouvez vous rendre au haut-commissariat, à Papeete (accueil général du bâtiment principal) ou dans une des subdivisions administratives situées à Uturoa et Taiohae.

Vous y trouverez un équipement complet à votre disposition, ainsi qu'un médiateur numérique qui pourra vous assister dans vos démarches selon vos besoins et vos compétences.

L'accès à ces points numériques se fait sans rendez-vous aux horaires suivants :

- Papeete (Tahiti) → Lundi-Jeudi 07h30-16h00 / Vendredi 07h30-15h00 ;
- Uturoa (Raiatea) → Lundi-Jeudi 07h30-12h00 et 13h30-16h00 / Vendredi 07h30-12h00 et 13h30-15h00 ;
- Taiohae (Nuku Hiva) → Lundi-Jeudi 08h00-12h00 et 14h00-16h00 / Vendredi 08h00-12h00.

-H- Informations générales sur la complémentaire santé

H-1°/ Pourquoi prendre une complémentaire santé ? En quoi cela consiste-t-il ?

Lorsque vous avez des dépenses de santé, l'assurance-maladie (sécurité sociale ou CPS) ne rembourse pas tout. La complémentaire santé complète ces remboursements, en totalité ou en partie.

Cette assurance complémentaire est soit obligatoire (secteur privé national), soit facultative et souscrite volontairement par l'assuré. Il a alors le choix entre plusieurs formules de garanties complémentaires correspondant à des prestations différentes pour des prix variables.

La complémentaire santé peut également parfois prendre en charge des prestations qui ne sont pas du tout remboursées par l'assurance-maladie (par exemple l'ostéopathie ou certains vaccins).

Elle peut aussi proposer des services associés (assistance, prévention, etc.).

IMPORTANT : Avant de souscrire un contrat, informez-vous sur l'existence d'un délai d'attente (appelé parfois aussi "délai de carence"). Toutes les complémentaires ne remboursent pas les dépenses dès la souscription ou l'adhésion.

C'est ce que l'on appelle un délai d'attente, c'est-à-dire une période durant laquelle vous payez vos cotisations sans bénéficier du remboursement sur certaines prestations (notamment pour les hospitalisations déjà programmées, les dépenses d'optique et les prothèses dentaires). Par exemple, le contrat peut indiquer un délai de carence de 6 mois en cas de soins dentaires.

H-2°/ Quel choix pour quelle garantie ?

Le choix d'une complémentaire santé est difficile pour le "postulant" à titre individuel car le système de soin et les offres sont pléthoriques, complexes et parfois incompréhensibles. Il existe une grande diversité de complémentaires santé. Vous pouvez donc choisir le niveau de couverture qui vous convient en fonction de vos besoins.

Avant de réaliser son choix, il convient de réfléchir au fonctionnement des systèmes de santé (métropole et PF), à ses propres besoins puis aux conditions et options des différents organismes.

→ **Les médicaments** : Le taux de remboursement est calculé sur la base du SMR (service médical rendu). De façon simplifiée :

- le taux de remboursement des médicaments est de 100 % pour les maladies graves dans le cadre des affections longues durée (ALD) et les complémentaires santé n'interviennent pas.
- pour les maladies de gravité moyenne ou transitoire, l'assurance-maladie rembourse les médicaments à un taux de 65 % (avec déduction de 0,5 € par boîte en métropole). Le reste à charge sera remboursé par votre complémentaire santé, si vous en avez une.
- pour les médicaments n'ayant pas fait preuve de leur efficacité, les médicaments sont remboursés à des taux très faibles, voire pas du tout. Dans ce dernier cas, les complémentaires n'interviennent généralement pas et le reste à charge des assurés est total (malgré la complémentaire).

→ **L'optique** : L'assurance-maladie ne rembourse qu'une petite partie du coût des verres et les assurés doivent payer la quasi-totalité de l'optique, soit directement, soit par le biais des complémentaires santé.

→ **Les soins dentaires** : L'assurance-maladie rembourse les soins de base mais prend très peu en charge, voire pas du tout (couronnes, bridges, implants, etc.) dont le coût peut facilement atteindre des sommes très élevées.

→ **ATTENTION** : Les taux de remboursement ne sont pas toujours les mêmes entre la SS et la CPS.

H-3°/ Pour qui et pour quoi ?

Toute personne peut souscrire une complémentaire santé à titre individuel, et éventuellement au profit d'un ou plusieurs membres de sa famille.

Les tarifs des cotisations sont liés à votre situation et dépendent notamment des facteurs suivants :

- niveau de couverture choisi ;
- montant des revenus ;
- âge ;
- statut (salarié ou non salarié) ;
- lieu d'habitation.

Vos besoins en couverture et options dépendent notamment de :

- votre/vos âge(s) ;
- la composition de votre foyer et votre situation familiale (nécessité de couvrir un conjoint, des enfants, etc.) ;
- vos besoins en soins actuels ou futurs (ex : fréquence de vos consultations, port de lunettes) ;
- vos habitudes de consommation de soins (médecins pratiquant des dépassements d'honoraires, soins particuliers, etc.) ;
- la zone de couverture de votre complémentaire santé (Polynésie française et/ou métropole+DOM) ;
- votre régime d'assurance-maladie obligatoire (taux de couverture de base) ;
- le prix de la complémentaire santé constitue également un facteur de choix.

H-4°/ Comment s'y retrouver dans les tarifs ?

- **Frais d'adhésion** : Selon l'organisme complémentaire, la souscription du contrat est gratuite ou pas.
- **Remboursement des dépenses de santé** : Le niveau et la nature des prestations des complémentaires santé varient selon les contrats. La complémentaire santé rembourse les frais suivants, en fonction du contrat souscrit et donc des cotisations versées :
 - Ce qu'il reste à payer après le remboursement par l'assurance-maladie, de manière plus ou moins étendue (ticket modérateur, dépassements d'honoraires) ;
 - Dépenses non prises en charges par l'assurance-maladie (selon options).
- **Formulation des garanties** : Le montant remboursé par la complémentaire santé peut être indiqué en pourcentage de la base de remboursement ou en euros. C'est là qu'apparaissent les "taux de remboursement". Ceux-ci peuvent être de 100 %, 200 %, voire 300 % de la part prise en charge par l'assurance-maladie. Les remboursements dépendent des types de contrat choisis par les souscripteurs. Bien sûr, plus ce taux augmente, plus le prix de l'adhésion est élevé.
 - **Exemple 1** : Une garantie à hauteur de 150 % du tarif conventionnel (assurance-maladie incluse) signifie que le remboursement total (assurance-maladie + complémentaire santé) peut atteindre 50 % de plus que le tarif conventionnel de l'assurance-maladie.
 - **Exemple 2** : Une prestation à hauteur de 200 € signifie que la complémentaire santé rembourse au maximum 200 € en plus du montant éventuellement remboursé par l'assurance-maladie.

Attention : Comme pour n'importe quelle assurance (voiture, maison, enfant, etc.), il ne faut pas vouloir chercher systématiquement à rentrer dans ses frais en équilibre entre les cotisations mensuelles versées et les coûts engagés remboursés. L'objectif est de choisir une complémentaire santé la mieux adaptée à sa situation personnelle actuelle (soins ordinaires, maladies chroniques, soins dentaires, optiques, etc.), tout en permettant aussi de couvrir des éventuels imprévus qui eux pourraient coûter largement plus cher (hospitalisation, accident, évasan, appareillage, etc.)

H-5°/ Vers qui se tourner ?

Comme pour l'ensemble de la protection sociale complémentaire (prévoyance, santé et retraite), les garanties complémentaires santé peuvent être proposées par une mutuelle, une société d'assurances ou une institution de prévoyance.

Ces trois acteurs sont associés à la gestion de l'assurance-maladie par le biais de l'union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire (UNOCAM / <http://www.unocam.fr/>).

Dorénavant, certains établissements bancaires proposent aussi des complémentaires santé.

80 % des organismes d'assurance-maladie complémentaire sont des mutuelles.

Dans le langage courant, on parle de "mutuelle" pour désigner l'ensemble des prestataires offrant une complémentaire santé à leurs adhérents.

Toutefois, c'est un abus de langage, le terme "mutuelle" étant juridiquement protégé. Une "mutuelle" se distingue des autres établissements car c'est une société de personnes (versus société de capitaux). Elle est à but non lucratif (contrairement aux compagnies d'assurances) et son conseil d'administration est composé de représentants des adhérents (et non d'actionnaires). Elles ont pour vocation de "mutualiser" les risques de leurs adhérents : chacun paie une cotisation en fonction de son niveau de revenu et de son âge, mais tous ont droit au même type de remboursement.

Les mutuelles dépendent du Code de la mutualité. Les autres sont des entreprises commerciales et relèvent du Code des assurances.

H-6°/ Le référencement dans la fonction publique

En termes d'aides à l'acquisition d'une complémentaire, les fonctionnaires ne bénéficient pas tous de la même prise en charge. D'un ministère à l'autre, la participation de l'État peut varier de 0 à 20.

Chaque ministère peut référencer, à la suite d'une procédure de mise en concurrence, le ou les organismes assurant la couverture de ses agents. La participation financière décidée par chaque ministère ne pourra être attribuée qu'à ces organismes référencés. L'adhésion des fonctionnaires aux organismes référencés de mutuelle santé est individuelle et facultative.

Le fonctionnaire retraité peut, s'il en bénéficiait en activité, bénéficier de la mutuelle santé proposée par ces organismes référencés. Il a également la possibilité d'adhérer alors qu'il est déjà retraité.

Si le fonctionnaire ou le retraité de la fonction publique adhère tardivement à cette mutuelle santé, lorsqu'il devient notamment plus avantageux pour lui de bénéficier des tarifs contrôlés, il se verra appliquer une majoration qui tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif référencé.

H-7°/ Gestion du contrat (adhésion, renouvellement, changement, résiliation)

Si vous n'êtes lié(e) par aucun contrat en amont, vous pouvez adhérer à tout moment de l'année. Prenez le temps pour examiner votre situation, demander des devis et procéder à l'analyse coût/avantages.

Votre contrat est renouvelé automatiquement chaque année.

Votre organisme de complémentaire de santé doit vous envoyer annuellement un avis d'échéance (au moins 15 jours avant la date d'échéance).

Cet avis mentionne les informations suivantes :

- le montant de vos cotisations pour l'année à venir ;
- la date-limite à laquelle vous pouvez résilier votre contrat (les conditions de résiliation sont fixées dans votre contrat) ;
- le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme.

H-8°/ Prise en charge partielle pour les agents publics en activité dans une structure de l'État (dispositif en cours d'évolution)



L'État participe au financement de la complémentaire santé de ses agents.



Le décret n° 2021-1164¹ du 8 septembre 2021 est une première étape de la participation des employeurs de l'État au financement de la protection sociale complémentaire (PSC) de leurs personnels.

Ce décret permet le remboursement, à titre temporaire et transitoire, d'une partie des cotisations afin de couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'État à compter du 1^{er} janvier 2022.

Comme prévu par l'accord interministériel² du 26 février 2022, elle sera suivie d'une seconde phase avec un nouveau régime cible de financement et une prise en charge de la complémentaire santé des agents à hauteur de 50 % des cotisations dès 2024 (date prévisionnelle reportée à 2025 – négociations sur les clauses toujours en cours).

¹ Décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 modifié relatif au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'État (<https://www.legifrance.gouv.fr/loa/id/JORFTEXT000044030655/2022-07-12/>).

² Accord interministériel du 26 février 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045300369>).

Les agents éligibles à ce remboursement doivent être dans une des situations suivantes :

- activité auprès d'un employeur de l'État ;
- détachement ou congé de mobilité auprès d'un employeur de l'État ;
- congé parental ;
- disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou tout dispositif de même nature ;
- congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- position, situation ou congé de toute nature donnant lieu au versement d'une rémunération, d'un traitement, d'une solde, d'un salaire, ou d'une prestation en espèces versée par un employeur de l'État.

En dehors de ces situations, le versement du remboursement n'est pas possible.

Pour bénéficier de ce remboursement, l'agent adresse une demande à son employeur en lui transmettant le formulaire-type dûment rempli et signé, ainsi qu'une attestation de son organisme complémentaire. Le remboursement sera ensuite versé directement sur la paie de l'agent tous les mois.

L'attestation de l'organisme complémentaire peut être établie l'année N pour un versement effectué à compter de l'année N+1.

L'agent n'a pas besoin de transmettre une nouvelle attestation à l'employeur chaque année. En revanche, l'agent doit informer l'administration de tout changement dans sa situation individuelle qui aurait pour conséquence de modifier ses droits au remboursement (changement de complémentaire, absence de complémentaire, modalités de prise en charge du contrat).

L'employeur peut mettre en place des contrôles à tout moment :

L'employeur de l'État a la possibilité de mettre en œuvre, à tout moment, un contrôle selon les modalités et la périodicité de son choix, pendant toute la durée du dispositif. Il pourra, par exemple, mettre en place un contrôle par échantillonnage des situations des agents. L'agent dispose alors d'un délai de deux mois à compter de la notification du contrôle pour transmettre les justificatifs qui prouvent son éligibilité au dispositif, sous peine d'interruption du versement du remboursement.

Tout contrat de PSC est éligible à partir du moment où l'agent fait l'objet d'une part de cotisations identifiable dans le contrat et à la condition que cette part ne fasse pas déjà l'objet d'un financement d'un autre employeur.

En outre, pour être éligibles au remboursement, les cotisations de PSC doivent :

- financer une couverture de frais de santé (maladie, maternité ou accident) ;
- être payées par l'agent en qualité de titulaire ou d'ayant-droit du contrat ;
- être versées à un organisme complémentaire (mutuelles, compagnies d'assurance ou institutions de prévoyance).

Sous ces conditions, le dispositif est ouvert aux titulaires d'un contrat individuel et aux ayant-droits d'un contrat.

À noter que les cotisations versées en qualité de titulaire d'un contrat de PSC ne sont pas éligibles lorsqu'elles font déjà l'objet d'un financement en totalité ou en partie par l'employeur de l'Etat et que cette participation est attribuée individuellement. Cette situation correspond, par exemple, aux agents qui bénéficient d'un contrat collectif en l'application de dispositions particulières.

Le montant du remboursement est forfaitaire et plafonné à 15 € par mois civil, au cours duquel les agents sont éligibles à ce dispositif, dans la limite des frais réellement exposés et des cotisations effectivement payées par l'agent. Ainsi, l'agent dont le montant mensuel des cotisations PSC est de 13 € verra le montant du remboursement réduit à 13 €.

-I- Documents et informations nécessaires pour actualiser vos différents droits

I-1°/ Documents et informations nécessaires pour actualiser des droits à la SS

■ Pour tous

- **Info** → Les adresses géographique et postale en Polynésie française actuelles et complètes de l'assuré ;
- **Doc** → Une copie intégrale d'acte de naissance de l'assuré (attention, les tampons de la mairie – dateur et signataire – doivent être entièrement lisibles) ;
- **Doc** → Une copie lisible de pièce d'identité de l'assuré en cours de validité (uniquement carte d'identité (recto-verso) ou passeport) ;
- **Doc** → Un relevé d'identité bancaire ou postal au nom de l'assuré avec une adresse en Polynésie française ;
- **Doc** → Une copie d'une des plus récentes attestations de droits à la sécurité de l'assuré en sa possession (même si elle date un peu / pas la carte CPS qui n'a aucune valeur pour la CPAM / à défaut, il faut ses nom(s), prénom(s), date de naissance et numéro de sécurité sociale (clé incluse).

■ En cas d'ayants-droit (le cas échéant)

Attention : le rattachement n'aura pas d'effet rétroactif.

- **Info** → La liste des éventuels ayants-droit présents sur l'ancienne attestation de droits à conserver sur la couverture de l'assuré ;
- **Info** → La liste des éventuels ayants-droit présents sur l'ancienne attestation de droits à supprimer sur la couverture de l'assuré ;
- **Info** → La liste des éventuels ayants-droit à ajouter sur la couverture de l'assuré ;
- **Info** → À défaut de trace dans le dossier SS de l'assuré les nom(s), prénom(s), date(s) de naissance, numéro(s) de sécurité sociale (clé incluse) de chaque ayant-droit ;
- **Doc** → Une copie du livret de famille ;
- **Doc** → Faute de livret, une copie de l'acte de mariage, du contrat de PACS ou un certificat de concubinage notoire ;
- **Doc** → Une copie lisible de pièce d'identité de chaque membre de la famille ;
- **Doc** → Une copie intégrale lisible d'acte de naissance de chaque membre de la famille ;
- **Doc** → La dernière attestation de droits de votre conjoint(e), partenaire ou concubin(e) ;
- **Doc** → Un justificatif de l'inactivité professionnelle du conjoint(e), partenaire ou concubin(e) impliquant la perte de couverture sociale personnelle (le cas échéant / ex. : arrêté de mise en disponibilité ou congé parental, certificat, attestation ou courrier justifiant sa suspension ou cessation d'activité) ;
- **Doc** → Les formulaires Cerfa 14411-01 et 10548-01 dûment remplis et signés pour l'ajout du conjoint(e), partenaire ou concubin(e) ;
- **Doc** → Le formulaire Cerfa 14445-02 dûment rempli et signé pour l'ajout des enfants mineurs.

■ Autres pièces pour un agent en activité

- **Doc** → Son arrêté de mutation/détachement en Polynésie française ;
- **Doc** → Son arrêté de renouvellement de séjour en Polynésie française (le cas échéant) ;
- **Doc** → La copie de son dernier bulletin de paie (le plus récent possible / à fournir tous les 3 ans pour réactiver les droits).

■ Autres pièces pour un agent à la retraite

- **Doc** → Une copie de son titre de pension civile (disponible sur son compte ENSAP).

■ Autres pièces pour un conjoint ou orphelin d'un agent décédé sans couverture sociale propre

- **Doc** → Une copie de son titre de pension de réversion.

I-2°/ Documents et informations nécessaires pour actualiser des droits à la CPS

- **Doc** → Le formulaire SE-980 (adapté au statut et au contexte de l'assuré(e)) dûment rempli et signé soit par votre service RH d'accueil, soit par votre organisme social ;
- **Doc** → Son arrêté de renouvellement de séjour en Polynésie française (le cas échéant) ;
- **Doc** → Une attestation de droits à la sécurité sociale actualisée ;
- **Doc** → Un relevé d'identité bancaire local ;
- **Doc** → Une copie de votre pièce d'identité en cours de validité (uniquement passeport ou CNI) ;
- **Doc** → Une copie de votre livret de famille (ou à défaut une copie de l'acte de mariage, du contrat de PACS ou un certificat de concubinage) ;
- **Doc** → Une copie lisible de pièce d'identité de chaque membre de la famille à ajouter en qualité d'ayant-droit (ou à défaut une copie intégrale d'acte de naissance pour ceux qui n'en auraient pas) ;
- **Doc** → En cas de concubinage, s'ajoute à cela le formulaire CPS de déclaration de vie commune ;
- **Doc** → Le formulaire dûment rempli et signé pour l'ouverture d'un compte Tatou ;
- **Info** → Vos adresses géographique et postale en Polynésie française ;
- **Info** → Vos coordonnées téléphoniques et électroniques en Polynésie française (notamment pour la création du compte Tatou).

-J- Contacts divers

J-1°/ Le réseau des référents RH-sécu des administrations de l'État (pour les agents rattachés à la CPAM-94)

| Structure | Identité des référents | Adresse électronique |
|------------------|-------------------------------|---|
| Justice –Ts sces | Mme Christine CABANES | christine.cabanes@justice.fr |
| SAR TPI-CA | Mme Florence GOTTRAND | rgrh.sar.ca-papeete@justice.fr |
| SAR TPI-CA | Mme Danny PARAU-LIAUZUN | rgrha.sar.ca-papeete@justice.fr |
| SAR TPI-CA | Mme Vaihere JORDAN | traitements.sar.ca-papeete@justice.fr |
| SAR TPI-CA | Mme Heipoe AMINI | heipoe.amini@justice.fr |
| SAR TPI-CA | Mme Heifara TEARIKI | rgrha.sar.ca-papeete@justice.fr |
| SPIP | Mme Vaimiti PENI | rh.spip-papeete@justice.fr |
| DPJJ | Mme Liliane VALLOIS | liliane.vallois@justice.fr |
| DPJJ | M. Jean-Guy BOUDEYRON | jean-guy.boudeyron@justice.fr |
| DPJJ | Mme Poema LEOTARD | poema.leotard@justice.fr |
| CP Faa'a | M. Julien MANDET | rh.cp-faaa-nuutania@justice.fr |
| CP Faa'a | Mme HitiuraWOHLER | rh.cp-faaa-nuutania@justice.fr |
| CP Faa'a | M. Ludovic MELGIRE | rh.cp-faaa-nuutania@justice.fr |
| CP Faa'a | M. Kevin TCHOU-FOU | rh.cp-faaa-nuutania@justice.fr |
| CP Faa'a | M. Farahei HAUTI | rh.cp-faaa-nuutania@justice.fr |
| CD Tatutu | Mme Émilie RONDELET | rh.cd-tatutu-de-papeari@justice.fr |
| CD Tatutu | Mme Sandra SERTHELON | rh.cd-tatutu-de-papeari@justice.fr |
| CD Tatutu | Mme Carlota TEHIKIHIHINUHATU | rh.cd-tatutu-de-papeari@justice.fr |
| CD Tatutu | M. Enoha COUPE | rh.cd-tatutu-de-papeari@justice.fr |
| SEAC | Mme Sandrine LIU | sandrine.liu@aviation-civile.gouv.fr |
| SEAC | Mme Hinarava WONGUE | hinarava.wongue@aviation-civile.gouv.fr |
| SEAC | Mme Vanessa LAI FAT | vanessa.lai-fat@aviation-civile.gouv.fr |
| SEAC | Mme Uratua TANI | uratua.tani@aviation-civile.gouv.fr |
| Météo-FR | <i>En cours de nomination</i> | **@meteo.fr |
| Météo-FR | M. Maurice WONG | maurice.wong@meteo.fr |
| CTC | Mme Vaea TANSEAU | vaea.tanseau@crtc.ccomptes.fr |
| DFiP | Mme Joanna KATRAMADOS | joanne.katramados@dgfip.finances.gouv.fr |
| DFiP | Mme Sandrine RYS | sandrine.rys@dgfip.finances.gouv.fr |
| DFiP | Mme Patricia AMIOT | patricia.amiot@dgfip.finances.gouv.fr |
| DFiP | M. Raphaël GAZON | raphael.gazon@dgfip.finances.gouv.fr |
| Douanes | Mme Frida TCHUNG | frida.tchung@douane.finances.gouv.fr / frida.tchung@finances.gouv.fr |
| Douanes | M. Louis BOYER | louis.boyer@douane.finances.gouv.fr / cs-polynesie@douane.finances.gouv.fr |
| Agts MI/MEF | Mme Élodie LASSALLE | elodie.lassalle@polynesie-francaise.pref.gouv.fr |
| HC/PRU | Mme Maryline PIOCHE | maryline.pioche@polynesie-francaise.pref.gouv.fr |

| | | |
|-------------|-----------------------------|--|
| HC/BRHT | Mme Hinerava OTTO | personnels@polynesie-francaise.pref.gouv.fr |
| HC/BRHT | Mme Marie-Éléonore BARSINAS | personnels@polynesie-francaise.pref.gouv.fr |
| HC/BRHT | Mme Jordana TAEREA | personnels@polynesie-francaise.pref.gouv.fr |
| HC/BRHT | Mme Hanaura LICHON | personnels@polynesie-francaise.pref.gouv.fr |
| HC/BRHT | Mme Charlotte BOURBIAUX | personnels@polynesie-francaise.pref.gouv.fr |
| HC/BRHT | Mme Graziella LEW | personnels@polynesie-francaise.pref.gouv.fr |
| SFD-LPA-Opu | M. Samuel BOUVERET | samuel.bouveret@educagri.fr |
| SFD-LPA-Opu | M. Alain COUTURIER | alain.couturier@agriculture.gouv.fr |
| ComGend | Mme Cécile THEVENET | cecile.thevenet@gendarmerie.interieur.gouv.fr |
| ComGend | Mme Gaëlle MARTRENCHAS | gaelle.martrenchas@gendarmerie.interieur.gouv.fr |
| ComGend | M. Jean-Pierre GAP | jean-pierre.gap@gendarmerie.interieur.gouv.fr |
| UPF | Mme Wyn HAHE | drh.carrieres@upf.pf |
| UPF | Mme Maryse LEON ON | drh.carrieres@upf.pf |
| CEAPF-OPT | Mme Andrée TAPI | Andree.TAPI@farerata.pf |

J-2°/ Le réseau des référents RH-sécu des administrations de l'État (pour les agents non rattachés à la CPAM-94)

| | | |
|-------------|-------------------------|--|
| AFD | Mme Herenui CHEUNG | cheungh@afd.fr |
| AFD | Mme Carmen BONNET | bonnetc@afd.fr |
| CRIOBE | Mme Hinatea O'CONNOR | criobe@mail.pf |
| CRIOBE | M. Benoît ESPIAU | benoit.espiau@criobe.pf |
| ComSup-FAPF | M. Julien HOURTIGUET | julien.hourtiguette@intradef.gouv.fr |
| ComSup-FAPF | Mme Kathleen DUVIVIER | kathlea.duvivier@intradef.gouv.fr |
| ComSup-FAPF | Mme Hélène DUPONT | helene1.dupont@intradef.gouv.fr |
| IRD | Mme Marie-Line PLACIDE | assistante.direction.polynesie@ird.fr |
| IRD | M. Fabrice CHARLEUX | fabrice.charleux@ird.fr |
| RSMA | M. Ludovic MIGNEREY | ludovic.mignerey@rsma.pf |
| RSMA | Mme Heinarani TERAAMANO | heinarani.teraiamano@rsma.pf |
| SGAP/PN | Mme Roxane SHAN | sgap987-rh@interieur.gouv.fr |
| SGAP/PN | Mme Maimiti TEKORI | sgap987-rh@interieur.gouv.fr |
| SGAP/PN | Mme Loana TSONG | sgap987-rh@interieur.gouv.fr |
| SAM | Mme Bianca LESTRADE | bianca.lestrade@developpement-durable.gouv.fr |
| SAM | M. Régis BROUCKE | regis.broucke@developpement-durable.gouv.fr |
| VR | M. Anthony LEGENDRE | anthony.legendre@ac-polynesie.pf |
| VR | M. Julien FONTAINE | julien.fontaine@ac-polynesie.pf |
| VR | Mme Vatina TEAHA | vatina.teaha@ac-polynesie.pf |

J-3°/ Structures d'État en Polynésie française disposant d'un service social pour leurs propres personnels et leurs retraités (au niveau local, déconcentré ou central)

→ Pour leurs coordonnées et modalités d'accueil, merci de vous rapprocher du service RH de votre structure (ou ancienne structure d'accueil pour les retraités)

- Services relevant du ministère de l'intérieur (haut-commissariat, police nationale, tribunal administratif)
- Services relevant des ministères économiques et financiers (direction des finances publiques, direction régionale des douanes, chambre territoriale des comptes)
- Services relevant du ministère des armées (COMSUP, RSMA) + Commandement de gendarmerie nationale
- Services relevant du ministère de la justice (service administratif régional, tribunal de première instance, cour d'appel, centres pénitentiaires et de détention, DPJJ, SPIP)
- Services relevant du ministère de la transition écologique (SEAC-PF, direction interrégionale de Météo-France et service d'État des affaires maritimes)
- Université de la Polynésie française (UPF)
- Agents CEAPF relevant de l'office des postes et télécommunications (OPT / Fare Rata)
- Centre de recherches insulaires et observatoire de l'environnement (CRIOBE) → à voir avec la délégation régionale basée à Montpellier pour les personnels relevant du CNRS et avec le siège de l'EPHE à Paris pour ceux qui relèvent de cet établissement.
- Institut de recherche pour le développement (IRD) → à voir avec le service RH du siège central de l'institut.
- Lycée professionnel agricole d'Opunohu (LPA), service de formation et de développement (SFD), établissement public d'enseignement et de formation professionnelle agricoles (EPEFPA) → à voir avec la direction des ressources humaines du ministère métropolitain chargé de l'agriculture.

J-4°/ Modalités de contacts de la CNAM et de la CPAM-94

- Via le réseau des référents RH-sécu (cf. point J-1 ci-dessus)
- Informations générales : <https://www.ameli.fr/>
- Connexion à votre compte Ameli : https://assure.ameli.fr/PortailAS/appmanager/PortailAS/assure?_nfpb=true&_pageLabel=as_login_page
- Adresse postale : Assurance-Maladie du Val-de-Marne - Pôle GdB - 94031 Créteil CEDEX
- Tél. (serveur audiotel) : 3646 (depuis la métropole) / +33.811.703.646 (depuis la PF)
→ Taper ensuite le code caisse 94 / Disponible uniquement du lundi au vendredi de 08h30 à 16h30 (heures de métropole)

J-5°/ Modalités de contacts de la CNMSS – Service des droits et prestations hors de France (SDPHF)

- Informations générales : <https://www.cnmss.fr/caisse-nationale-militaire-de-securite-sociale-3.html>
- Adresse géographique et postale : 247 av. Jacques Cartier - 83090 Toulon CEDEX 9
- Tél. : +33 (0)494.163.600 (du lundi au jeudi de 08h00 à 17h00 et le vendredi de 08h00 à 12h00 - heures de métropole)

J-6°/ Modalités de contacts de la MGEN – Section extra-métropolitaine

- Informations générales : <https://www.mgen.fr/>
- Connexion à l'espace personnel : <https://www.mgen.fr/login-adherent/>
- Espace de la section extra-métropolitaine : <https://proximite.mgen.fr/233-section-extra-metropolitaine>
- Espace de l'antenne de Polynésie : <https://proximite.mgen.fr/230-espace-mutuel-de-polynesie>
- Espace mutuel de Polynésie / adresse géographique : 107 Rue Paul Bernière (dans la rue de Hyper U) - 98716 Pirae
- Tél. : +689 / 40.548.999 (permanences téléphoniques les mardis et jeudis de 08h30 à 11h30 et les vendredis de 13h30 à 16h30 (heures de Tahiti))
- Section extra-métropolitaine / adresse géographique : 28 place de l'Éperon (7^e étage) – 72000 Le Mans
- Section extra-métropolitaine / adresse postale : MGEN CT 914 – 12 rue Ferdinand de Lesseps – CS 54701 – 72047 Le Mans CEDEX 2
- Tél. : +33 (0)249.790.004 ou 005 (du lundi au vendredi de 09h00 à 17h00 - heures de métropole)

J-7a°/ Modalités de contacts de la CPS sur Papeete (Tahiti)

- Informations générales : <http://www.cps.pf/>
- Connexion à votre compte Tatou : <https://tatou.cps.pf/>
- Adresse géographique : 11 av. du commandant Chessé – 98713 Papeete
- Adresse postale : BP 1 – 98713 Papeete – Tahiti
- Adresse fonctionnelle du service des immatriculations : immatriculation@cps.pf
- Adresse fonctionnelle du service de renseignements : infoconseil@cps.pf
- Adresse fonctionnelle de la plate-forme d'inscription à Tatou : inscriptiontatou@cps.pf
- Tél. : +689 / 40.41.68.68 (standard) ou +689 / 40.41.68.00 (infos-conseils)
du lundi au jeudi de 07h00 à 15h30 et le vendredi de 07h00 à 14h30 (heures de Tahiti)
- Gestion des évasans : service administratif du contrôle médical (+689 / 40.41.6850 – evasan-inter@cps.pf)
- Aide sociale : service prestations aux familles (+689 / 40.41.68.15) – social@cps.pf

J-7b°/ Modalités de contacts de la CPS sur Paris (métropole)

- Adresses géographique et postale : 28 boulevard Saint-Germain – 75005 Paris
- Adresse fonctionnelle du service : agence-paris@cps.pf
- Tél. : +33 / (0)153.102.060
du lundi au jeudi de 09h00 à 17h00 et le vendredi de 09h00 à 16h00 (heures de Paris)

J-8°/ Autres contacts utiles en cas d'évasan (associations polynésiennes et d'entraide)

- *Te rima o te here* : +33 / (0)686.05.472 / asso.terim@gmail.com
- *A tauturu ia na Paris* : +33 / (0)628.040.259 / atauturuianaparis1@gmail.com
- *Te ramepa ora* (Paris) : +33 / (0)777.762.618 / teramepaora@gmail.com
- *Te ramepa ora* (Papeete) : + 689 / 87.752.677 / ramepa.porinetia@gmail.com
- *Association des amis de la Polynésie française* : +33 / (0)625.768.200
- *Te mau hoa no Porinetia* : +33 / (0)611.171.961
- Heirautini : +33 / (0)651.758.275 / association.heirautini@hotmail.fr
- *Te vai ora Porinetia* : +33 / (0)674.400.722 / tvoporinetia44@gmail.com

- **Délégation de la Polynésie française à Paris** (bureau de soutien à la communauté polynésienne)
28 boulevard Saint Germain – 75005 Paris
Tél. +33 / (0)155.426.600 / secdel@delegation.gov.pf / <https://polynesie-paris.com/>
<https://www.facebook.com/La-Délégation-de-la-Polynésie-française-100637773319578/>