



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-155/2003

Document consultable dans Médi@m

Date :

15/12/2003

Domaine(s) :

Risques maladie

Nouveau	☐
Modificatif	☐
Complémentaire	☒
Suivi	☐

Objet :

Nouvelle Calédonie
Coordination des régimes de
sécurité sociale

Liens :

Cir-33/2003

Plan de classement :

50

Emetteurs :

DRM

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM

☒ CRAM

☐ URCAM

☐ UGECAM

☒ CGSS

☐ CTI

☒ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux

☒ Chef de service

☒ Médecin Chef de la Réunion

Pour information

Résumé :

Précisions supplémentaires concernant la mise en œuvre du décret n°2002-1371 du 19 novembre 2002 portant coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité sociale.

Mots clés :

Coordination ; Nouvelle-Calédonie

La Directrice
des Risques Maladie

Bernadette MOREAU

La Médecin Conseil National Adjointe

Docteur Catherine BISMUTH



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE : 155/2003

Date : 15/12/2003

Objet : Nouvelle Calédonie Coordination des régimes de sécurité sociale

Affaire suivie par Jean-Pierre ADAM - ☎ 01.42.79.32.85 - 📠 01.42.79.34.08

Affaire suivie par Claude LEVY - ☎ 01.42.79.35.85 - 📠 01.42.79.34.08

**N/Réf. : DRM / Département des REglementations d'Assurance Maladie
 Division des Prestations et de l'Accès aux Soins**

La circulaire DSS/DACI/2003/444 du 16 septembre 2003 (ci-jointe) apporte un certain nombre de précisions concernant l'accord de coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité sociale.

I. Notion de soins immédiatement nécessaires

Il est précisé que **les assurés du régime calédonien** lorsqu'ils viennent **en séjour temporaire en France** bénéficient des prestations médicalement justifiées, programmées ou ne répondant pas à la condition d'immédiate nécessité [cf. art. 18§1 sous a)].

Pour les prestations médicalement justifiées et programmées, l'autorisation prévue à l'article 18§1 sous b) et c) n'est pas nécessaire.

Toutefois les intéressés devront, pour la prise en charge des soins, présenter **le formulaire SE 988-03** délivré par la CAFAT et qui est intitulé : "attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité pendant un séjour sur l'autre territoire". Ces prestations seront à la charge de la CAFAT.

Par contre, les assurés d'un régime métropolitain de sécurité sociale en séjour temporaire en Nouvelle Calédonie **ne bénéficient que de la prise en charge des soins d'immédiate nécessité.**

II. Soins effectués à l'occasion d'un séjour à l'étranger

Des dispositions complémentaires prévoient la prise en charge de frais médicaux engagés à l'étranger (UE/EEE ou hors UE/EEE) par des assurés des régimes métropolitains résidant en Nouvelle Calédonie et des assurés néo-calédoniens résidant en métropole.

Dans la mesure où les législations métropolitaines et néo-calédoniennes contiennent des dispositions relatives à la prise en charge des frais médicaux à l'étranger, il a été prévu du côté métropolitain que :

- les mono-pensionnés néo-calédoniens résidant en France
- les ayants droit restés en métropole de fonctionnaires affiliés à la CAFAT,

seront pris en charge à titre dérogatoire sur le fondement de l'article R.332-2 §1 du code de la Sécurité Sociale lors de leur séjour dans un pays de l'UE/EEE ou hors UE/EEE.

Le Ministère, en effet, part d'un constat : l'accord de coordination ne prévoit pas la prise en charge de frais médicaux **engagés à l'étranger** par des assurés des régimes métropolitains ou calédoniens **résidant sur l'autre territoire**.

Dans la circulaire ministérielle du 20 décembre 2002, il convient de se référer à la page 22 § 2 relative au monopensionné.

Il est indiqué que le monopensionné résidant sur le territoire autre que celui de l'institution débitrice de sa pension a droit aux prestations de l'assurance maladie et maternité, servies par l'institution de sa résidence.

Concernant le monopensionné qui réside en Nouvelle Calédonie et qui part séjourner à l'étranger, une lecture stricte de l'accord prévoit la compétence de la législation française et non de la législation calédonienne. Or, l'assuré n'est plus connu en France et il faudrait trouver une caisse pivot dans ce cas.

C'est pourquoi, la solution retenue est de considérer l'institution du lieu de résidence comme compétente pour les frais médicaux à l'étranger.

Dans la 2^{ème} situation (ayants droit des fonctionnaires métropolitains affiliés à la CAFAT), il convient de se référer à la page 23 §2 relative à l'ayant droit du travailleur.

La problématique est identique puisque les intéressés relèvent au sens de l'accord de la CAFAT, pour des séjours à l'étranger et notamment dans l'UE/EEE.

Or, les intéressés qui résident en France n'ont aucun contact avec la CAFAT.

Dans ces conditions, et s'appuyant sur le principe d'égalité de traitement, les intéressés sont pris en charge par l'institution de résidence.

L'institution compétente au sens de l'accord remboursera à l'institution du territoire de résidence les frais exposés dans ces situations.

En cas de soins effectués à l'occasion d'un séjour à l'étranger ; les bi-pensionnés peuvent désigner l'institution qui prendra en charge les prestations exposées en cas de séjour à l'étranger.

III. Assurance longue maladie et affection de longue durée

Il est indiqué que la décision de la CAFAT de reconnaître le bénéfice d'une assurance longue maladie s'impose aux médecins conseils placés près des Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

Cette reconnaissance de l'affection de longue durée vaut également dans le sens France métropolitaine/Nouvelle Calédonie.

La Directrice
des Risques Maladie
Bernadette MOREAU

La Médecin Conseil Nationale Adjointe
Docteure Catherine BISMUTH