

PROCÉDURE  
**D'ACCUEIL**

GUIDE DES  
INTERNES  
DU CHPF



**Centre Hospitalier**  
de la Polynésie française

## SOMMAIRE

|                                                              |   |
|--------------------------------------------------------------|---|
| SOMMAIRE .....                                               | 2 |
| I. LE TRANSPORT : .....                                      | 3 |
| a) Les formalités à l'aéroport .....                         | 3 |
| b) La correspondance .....                                   | 4 |
| c) Le fret.....                                              | 4 |
| II. L'ARRIVÉE À TAHITI : .....                               | 4 |
| III. L'ARRIVÉE AU CHPF : .....                               | 4 |
| IV. LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES DE PRISE DE FONCTION ..... | 5 |
| a) La téléphonie mobile : .....                              | 5 |
| b) L'ouverture d'un compte dans une banque locale.....       | 7 |
| V. LA VIE DE L'INTERNE DURANT LE SEMESTRE.....               | 7 |
| a) Les repas : .....                                         | 7 |
| b) Les congés : .....                                        | 7 |
| c) La rémunération : .....                                   | 7 |
| VI. LE DÉPART : LES FORMALITÉS À REMPLIR .....               | 8 |
| VII. PETIT ANNUAIRE À L'USAGE DES INTERNES .....             | 8 |
| VIII. REFERENCES.....                                        | 9 |
| IX. ANNEXES.....                                             | 9 |

## I. LE TRANSPORT :

Le pôle des affaires médicales du CHPF ayant été informé de la liste définitive des affectations, un mail commun sera envoyé simultanément à l'ensemble des internes. L'itinéraire sera déterminé pour une arrivée des internes au plus près de la date d'affectation et d'un retour au plus tard le 1<sup>er</sup> mai ou le 1<sup>er</sup> novembre avant midi. Le délai de route est décompté des congés annuels comme le stipule la convention.

Les pièces nécessaires à la réservation du billet sont :

- La copie du passeport en cours de validité ;
- La ville de départ étant le CHU d'origine nous prenons en compte la liste d'affectation transmise par le CHU de Bordeaux.
- Sa situation de famille, le pôle pourra réserver le trajet pour l'accompagnement à la condition que la copie du passeport de celui-ci soit transmise. Le billet sera à la charge de l'interne.

Le billet électronique sera envoyé à chaque interne.

Si l'interne souhaite effectuer un STOP OVER à Los Angeles, les frais supplémentaires, restent à sa charge, ainsi que les frais de transport relatifs aux effets personnels enregistrés.

Il est précisé qu'un renouvellement de semestre ne donne pas droit à un voyage aller/retour vers la métropole entre les deux stages.

La modification du billet retour sera traitée après avoir pris connaissance de liste définitive des affectations du semestre suivant et après réception de la demande de congé de l'interne validé par le chef de service. Un mail sera alors envoyé aux internes concernés.

Sur le lien suivant pour trouvez les conditions d'entrée en Polynésie française mais aussi aux Etats-unis du fait du transit réalisé par les compagnies. Ces informations évoluant régulièrement, il vous appartient de vous tenir informé.

<http://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/Dossiers/Information-COVID-19>

### ***a) Les formalités à l'aéroport***

A l'heure actuelle, il est nécessaire de présenter à l'embarquement :

- Le résultat négatif d'un test RT PCR ou antigénique de **moins de 24 heures**,
- Le justificatif du schéma vaccinal complet via l'attestation téléchargée du site américain « Centers for disease control and prevention »,
- Le récépissé d'enregistrement sur la plateforme ETIS.pf **réalisé au plus tard 6 jours avant le vol**
- Et la déclaration sur l'honneur attestant de l'absence de symptôme et de ne pas avoir été cas contact.

Le jour du départ, l'interne doit se présenter au comptoir d'enregistrement avec un passeport biométrique en cours de validité, son numéro de dossier et son ESTA (USA) ou AVE (Canada) en fonction de l'itinéraire déterminé par les compagnies aériennes. En effet, dans le cadre de sécurisation de leur territoire, les Etats Unis ont rendu obligatoire l'obtention d'un visa électronique appelé ESTA, sa durée de validité est de 2 ans.

Les demandes se font en ligne, au moins 72 heures avant le départ, elle est obligatoire pour les voyageurs en transit le formulaire de demande est à compléter sur les sites suivants :

<https://esta.cbp.dhs.gov/esta/application.html?execution=e1s1>

OU <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/visiter-canada/ave.html>

Sont interdits en cabines et confisqués à la douane, les objets pointus, tranchants ou contondants ainsi que les articles contenant un volume liquide supérieur à 100 ml (shampooing...)

***b) La correspondance***

Les frais de passage (frais liés au transport entre le domicile à l'aéroport CDG) seront remboursés dans la limite du tarif voie ferrée 2<sup>e</sup> classe ou transport aérien en classe économique et sur **présentation dans un délai de 20 jours à l'aller comme au retour de la facture originale, nominative de la compagnie aérienne détaillée, acquittée.**

***c) Le fret***

Le remboursement des frais de transport liés aux effets personnels se fera dans la limite maximale de 55 000cfp (aller/retour) soit 461 euros sur **présentation dans un délai de 20 jours à l'aller comme au retour de la facture originale de la compagnie aérienne détaillée, acquittée et au nom de l'interne.**

Les frais de transports, dont il est fait mention ci-dessus, sont valables pour un aller/retour.

En cas de non-respect de la durée d'engagement, à savoir un semestre pour les internes, le billet retour et les frais de transport des effets personnels resteront à la charge de l'intéressé.

## **II. L'ARRIVÉE À TAHITI :**

Lors de la constitution du dossier administratif, les internes doivent indiquer au pôle des affaires médicales, la nécessité d'être hébergé pour la période de 7 jours précédant la prise de fonction.

Le CHPF ne disposant plus d'internat dans son sein, l'hébergement est situé à quelques dizaines de mètres à l'hospitel.

Une chambre ne peut accueillir qu'une personne. Aucune tenue de service ne doit être apportée dans les chambres. L'occupant ne souhaitant pas être dérangé par l'équipe de nettoyage, doit signaler sa présence par un mot sur sa porte. Les lumières et la climatisation doivent être éteintes en sortant.

***A leur arrivée, les internes se rendent au CHPF par leurs propres moyens, une station de taxi se trouve juste en face de la sortie. La course est à la charge de l'interne.***

## **III. L'ARRIVÉE AU CHPF :**

Une réunion de présentation est organisée le premier jour de la prise de fonction.

Cette réunion se déroule à l'amphithéâtre niveau 2 côté mer en présence de tous les internes, de la Directrice de la santé Publique, de la Directrice du CHPF, de la Directrice des Ressources Humaines, du Président de la CME, du médecin Coordonnateur Pédagogique des internes, du médecin coordonnateur de l'enseignement de médecine générale, du médecin Coordonnateur de la Direction de la Santé et de l'équipe du Pôle des Affaires Médicales.

A cette occasion, leur sera remis : la décision d'affectation, le certificat administratif nécessaire à la réalisation des démarches suivantes et la carte professionnelle (badge) permettant à l'interne d'accéder aux commodités de l'hôpital (parking personnel, cafétéria, vestiaires, internat si besoin), services de soins, etc.... A la fin du stage, l'interne doit restituer la carte d'accès ainsi que son tampon au Pôle des Affaires Médicales.

#### **IV. LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES DE PRISE DE FONCTION**

L'interne devra informer dans les meilleurs délais ses coordonnées téléphoniques personnelles et professionnelles aux secrétaires médicales de leur secteur. Sans cette transmission, l'intéressé ne pourra être inscrit sur les listes de gardes et ne sera donc pas rémunéré de ses gardes.

Pendant toute la durée de leur affectation, les internes dépendent de la CPAM de leur région d'origine. Les formulaires de détachement (980-01 et 980-04) permettant la prise en charge directe par la Caisse de Prévoyance Sociale (l'équivalent de la CPAM en métropole) des frais médicaux doivent impérativement être transmis.

Par ailleurs, à son arrivée il est impératif de communiquer au service Gestion des Risques de la CPS votre adresse géographique et postale locales.

<http://www.cps.pf/espace-employeur/vos-formulaires/980-01-detachement-d-un-salarie>

<http://www.cps.pf/espace-assure/vos-formulaires/980-04>

##### ***a) La téléphonie mobile :***

L'interne peut souscrire à un abonnement mobile auprès des opérateurs locaux : **vini** ou **vodafone**.

<https://www.vodafone.pf/fr/>

<http://www.vini.pf/mobile/forfaits>

<https://www.ora.pf/>



Viti

3,4

★★★★★

25 avis

Fournisseur d'accès Internet

Itinéraires

Enregistrer

À proximité

Envoyer vers votre téléphone

Partager

Centre Vaima, Papeete 98713, Polynésie française

Situé dans : Vaima Shopping Center

Ouvert

mercredi

08:00–17:00

jeudi

08:00–17:00

vendredi

08:00–17:00

samedi

08:00–12:00

dimanche

Fermé

lundi

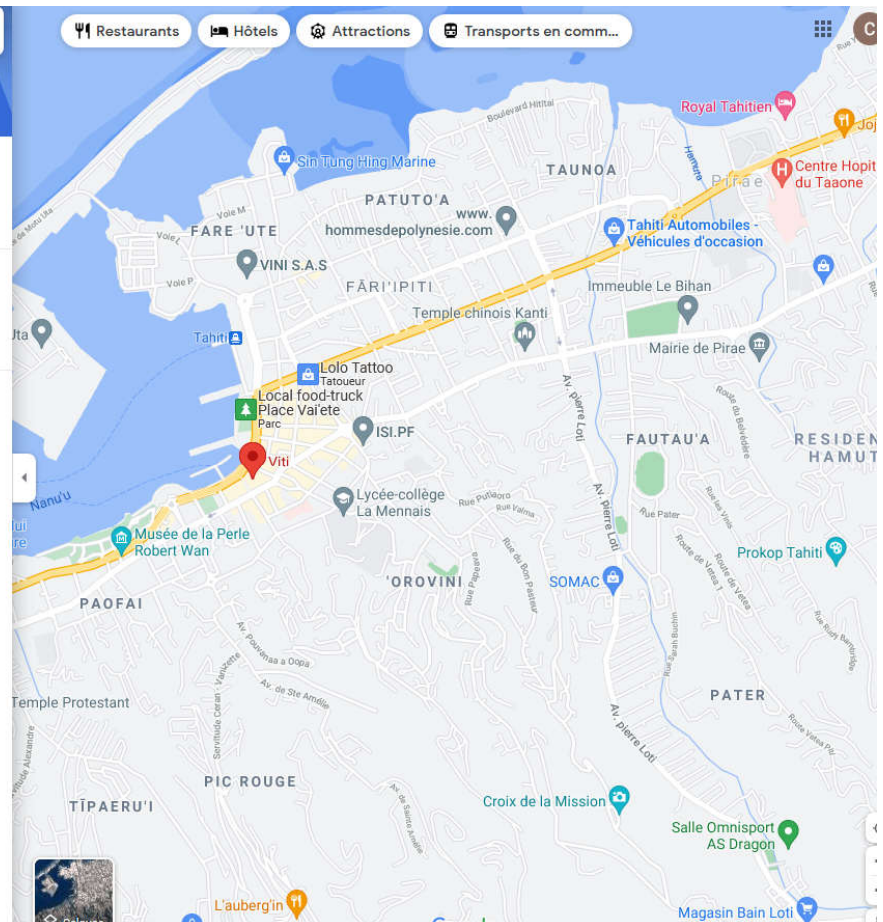
08:00–17:00

mardi

08:00–17:00

Suggérer une modification

viti.pf



## Boutique Vodafone - Papeete Mehetia

Boutique à Papeete / Avenue du Maréchal Foch - Face au Fare Loto

### Horaires :

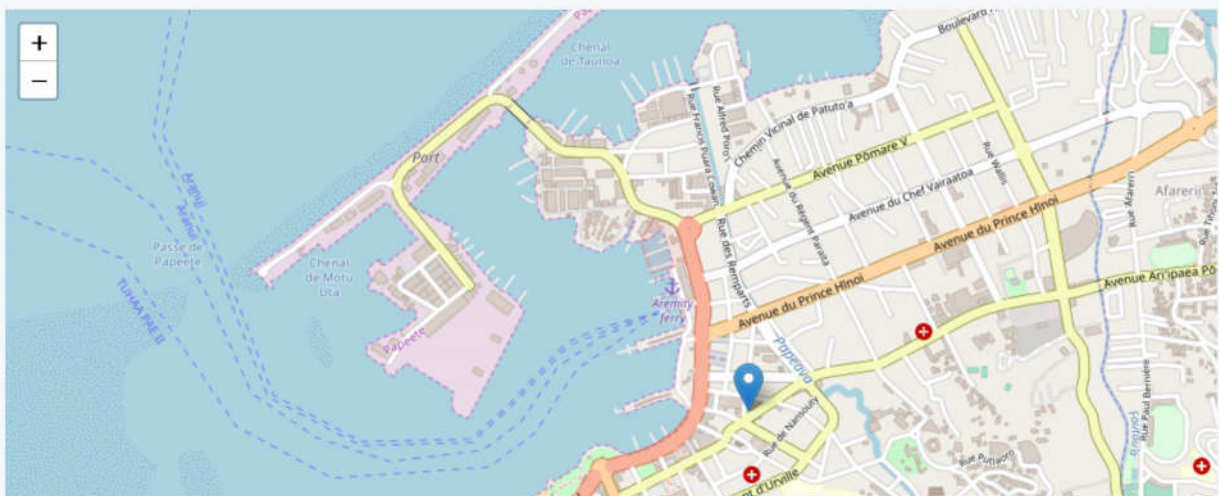
Lundi au jeudi : 8h à 17h

Vendredi : 8h à 16h

Samedi : 8h à 12h

Dimanche : Fermé

Contacter le 8989

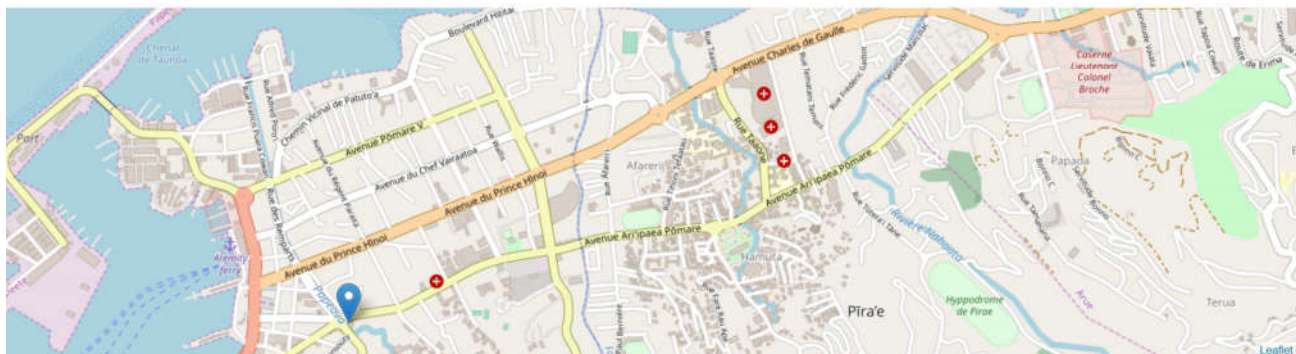




## BOUTIQUE VINI DU PONT DE L'EST

**Boutiques Vini**  
Téléphone : 39 50  
Pont de l'Est - Aïnapare  
BP 440 CP 98 714 - PAPEETE  
Horaires :  
Du lundi au vendredi : 8h00 à 17h00 (16h30 le vendredi)  
Samedi : 8h00 à 12h00

☎ 3950



### **b) L'ouverture d'un compte dans une banque locale**

Lorsqu'il aura ouvert un compte en Banque en Polynésie, l'interne devra transmettre son R.I.B par mail aux Affaires Médicales, avant le 10 de mois afin de permettre le versement des éléments de rémunération.

Il existe trois banques en Polynésie :

- La banque de Polynésie <https://www.sg-bdp.pf/devenir-client>
- La banque de Tahiti <https://www.banque-tahiti.pf/fr/formulaire-de-demandes?tid=64>
- La banque Socredo [http://www.socredo.pf/Accueil/Ouverture\\_de\\_compte\\_a\\_distance](http://www.socredo.pf/Accueil/Ouverture_de_compte_a_distance)

## **V. LA VIE DE L'INTERNE DURANT LE SEMESTRE**

### **a) Les repas :**

Une cafeteria (self) est accessible au personnel du CHPF et se situe au 2ème étage de l'hôpital.

Les internes bénéficient du tarif employé.

### **b) Les congés :**

Il est attribué aux internes affectés au CHPF, un droit à congé payé annuel de trente (30) jours ouvrables (décompte du samedi), soit quinze (15) jours ouvrables par semestre ou deux jours et demi (2.5) ouvrables par mois.

Les demi-journées de formation sont gérées en interne avec le chef de service.

ATTENTION les délais de route sont décomptés en congé annuel comme le définit la convention de rattachement de la Polynésie française à l'Université de Bordeaux à l'article 11.

En annexe la feuille de congé à remettre au pôle médical.

### **c) La rémunération :**

La rémunération mensuelle est fonction du nombre de semestres réalisés.

Les éléments de salaires concernant l'indexation, et les gardes sont payés par le CHPF, et soumis à fiscalité locale (CST) à M+1

Pendant toute la durée de son affectation, l'interne du troisième cycle d'études de médecine, praticien en formation spécialisée, perçoit :

⇒ **De la part de son CHU de rattachement :**

- Les émoluments forfaitaires mensuels prévus au 1° de l'article R.6153-10 du code de santé publique ;
- La prime de responsabilité à partir de la 4<sup>ème</sup> année prévue au 4° de l'article R.6153-10 du code de santé publique ;
- L'indemnité de sujétions prévue pour les internes de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année au 7° de l'article R.6153-10 du code de santé publique.

Les versements afférents aux charges sociales, correspondant à la rémunération de l'intéressé, sont effectués par le CHU de rattachement conformément aux dispositions de l'article R.6153-23 du code de santé publique.

⇒ **De la part du CHPF :**

- l'indemnité représentative, selon le cas, de tout ou partie de ces avantages conformément au 2° de l'article R.6153-10 du code de la santé publique ;
- les indemnités liées au service des gardes et astreintes conformément au 3° de l'article R. 6153-10 du code de santé publique ;
- Conformément à l'article 2 de la délibération n°2018-81 APF susvisée, la rémunération, les gardes et astreintes et accessoires de salaire versés à l'interne du troisième cycle d'études, praticien en formation spécialisée, sont majorés du coefficient applicable aux fonctionnaires de l'État en service en Polynésie française tant que leur présence sur le territoire polynésien est avérée.

## **VI. LE DÉPART : LES FORMALITÉS À REMPLIR**

L'interne devra effectuer les formalités suivantes :

- Aviser le Pôle des Affaires médical de la DRH d'un éventuel changement de sa date de retour en Métropole dans un délai de deux mois avant la fin du semestre.
- Le CHPF informera la compagnie de la possibilité de modifier votre date de départ sous réserve d'avoir présenté une demande de congé validé par le chef de service.
- Restituer sa carte professionnelle et son tampon au secrétariat de la DRH (ou à défaut, au cadre de service).
- Déposer ses tenues de travail au nettoyage.

## **VII. PETIT ANNUAIRE À L'USAGE DES INTERNES**

- Standard du CHPF : (689) 40 48 62 62
- Secrétariat de la DRH : (689) 40 48 62 30
- Le responsable du Pôle des Affaires Médicales de la DRH : (689) 40 48 62 33
- Secrétariat du Pôle des Affaires Médicales de la DRH : (689) 40 48 58 36
- Le Coordonnateur Pédagogique des internes : (689) 40 48 62 15
- La C.P.S : (689) 40 41 68 68 (standard)
- Air Tahiti : (689) 40 86 42 42 ( [www.sejoursdanslesiles.pf](http://www.sejoursdanslesiles.pf) )
- Air Tahiti Nui : (689) 40 46 03 03 ( [www.airtahitinui.com](http://www.airtahitinui.com) )
- Air France : (689) 40 47 47 47
- French Bee : (689) 40 50 57 92
- Le service des renseignements téléphoniques : 44 99



- L'aéroport de Tahiti Faa'a : (689) 40 86 60 61
- Le S.A.M.U : le 15
- Les pompiers : le 18

## **VIII. REFERENCES**

. Article R6153 du code de la santé publique.

. DELIBERATION n° 2018-80 APF du 28 septembre 2018 portant approbation du projet de convention de coopération entre la Polynésie française et l'université de Bordeaux pour l'accueil des étudiants de troisième cycle des études de médecine, de troisième cycle spécialisé des études de pharmacie et de troisième cycle long des études odontologie.

. DELIBERATION n° 2018-81 APF du 28 septembre 2018 relative aux conditions de rémunération des étudiants de troisième cycle des études de médecine, de troisième cycle spécialisé des études de pharmacie et de troisième cycle long des études.

## **IX. ANNEXES**



CENTRE HOSPITALIER  
DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE  
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

POLYNÉSIE FRANÇAISE



Pirae, le

DEMANDE DE CONGÉ

NOM : ..... PRENOM : ..... CAT : INTERNE  
SERVICE : ..... SPECIALITE : .....  
Du ..... au ..... inclus au titre de congés payés

Référence de la dernière attribution de congé (\*) :

Signature de l'interne

| Droits au moment de la demande | Droits utilisés par la présente | RELIQUAT |
|--------------------------------|---------------------------------|----------|
| 15                             |                                 |          |

Visas du ou des responsables hiérarchiques

DECISION (\*) N° ..... DU ..... / ..... / .....

accordant un congé de ..... jour(s) ouvrable(s), pour en bénéficier du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... inclus au titre des droits décomptés ci-dessus.

Le Directeur des Ressources Humaines.

- **Annexe 2 ..... Liste des pièces à fournir**

1/ Pour organiser votre transport

- ☐ Passeport **en cours de validité**

2/ Pour instruire la décision d'affectation

- ☐ Justificatif de domicile de **moins de 3 mois**
- ☐ RIB

3/ Pour valider votre affectation en paie

- ☐ Carte vitale
- ☐ Carnet de vaccination **à jour**
- ☐ 2 photos d'identité apposée sur le carton signature (annexe 4)
- ☐ Le répertoire des destinataires complété (annexe 3)
- ☐ Le carton signature complété (annexe 4)
- ☐ Les formulaires 980-01 et 980-04 signés par votre CPAM de votre département (annexe 5)

Compléter les parties surlignées en jaune

| Service | Code | Agent |  |  |  |  |
|---------|------|-------|--|--|--|--|
|---------|------|-------|--|--|--|--|

1) DN :  ou N° Tiers

ou ☐ ci-joint pièce(s) pour immatriculation

2) IDENTITE :

3) N° Tél. personnel : | | | | | | | | N° Tél. professionnel : | | | | | | | |

N° Fax : ..... N° Tél. portable : .....

N° Tél. Hors PF : .....

E - mail : .....

4) ADRESSE COURRIER :

CREATION ☒ MODIFICATION ☐

COMMUNE : PAPEETE | 9 | 8 | 7 | 1 | 3

Numéro B.P. : | 1 | 6 | 0 | 4 | | |

N° P.K.:    ,  Côte: ☐ Montagne (1)

☐ Mer (2)

Libellé (Avenue/Rue/ BLVD...) :

5) ADRESSE GEOGRAPHIQUE :

CREATION ☒ MODIFICATION ☐

COMMUNE : PIRAE | 9 | 8 | 7 | 1 | 6 |

N° PK : | | | | | Côte : ☐ Montagne (1)

Mer (2)

Libellé (Avenue/Rue/ BLVD...): CHPF "+ nom du service d'affectation"

ATTENTION: contacter [cdri@cps.cf](mailto:cdri@cps.cf) pour régulariser vos coordonnées.

#### 6) REFERENCES BANCAIRES :

RIB obligatoire pour toute création ☐ ou modification ☐

Réservé au Fichier Central

Saisi le        /        /

Par (Code Agent)

Fait à \_\_\_\_\_ le / /

Signature du demandeur



- **Annexe 4 ..... Carton signature**

Compléter uniquement :

**PHOTO D'IDENTITE + NOM + PRENOM + SPECIALITE + MODELE DE SIGNATURE +  
MODELE DE PARAPHE**

|                                              |                       |       |                             |
|----------------------------------------------|-----------------------|-------|-----------------------------|
| <b>M<br/>E<br/>D<br/>E<br/>C<br/>I<br/>N</b> | NOM :                 | _____ | <i>photo<br/>d'identité</i> |
|                                              | Prénom :              | _____ |                             |
|                                              | Spécialité :          | _____ |                             |
|                                              | DN :                  | _____ |                             |
|                                              | Code Tiers :          | _____ |                             |
|                                              | Code prof. :          | _____ |                             |
|                                              | Modèle de signature : |       |                             |
| Modèle de paraphe :                          |                       |       |                             |

- **Annexe 5 ..... Formulaires 980-01 et 980-04**

|                  |                                                                    |        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------|--------|
| SECURITE SOCIALE | ACCORD ENTRE LA FRANCE METROPOLITAINE ET<br>LA POLYNESIE FRANCAISE | 980-01 |
|------------------|--------------------------------------------------------------------|--------|

### CERTIFICAT DE DETACHEMENT

Article 3 paragraphe 2 ; article 3 paragraphe 3

Doit être rempli par l'employeur

|                                             |                                              |                                                  |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>1</b>                                    | <input type="checkbox"/> Travailleur salarié | <input type="checkbox"/> Travailleur non salarié |
| <b>1.1 Nom</b>                              | <b>Prénoms</b>                               | <b>Nom de jeune fille</b>                        |
| .....                                       | .....                                        | .....                                            |
| <b>1.2 Date de naissance :</b> .....        |                                              |                                                  |
| <b>1.3 Adresse habituelle (1) :</b> .....   |                                              |                                                  |
| .....                                       |                                              |                                                  |
| <b>1.4 Numéro d'immatriculation :</b> ..... |                                              |                                                  |

|                                          |                                    |                           |                                                |
|------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------|
| <b>2</b>                                 | <input type="checkbox"/> Employeur | Votre CHU de rattachement | <input type="checkbox"/> Activité non salariée |
| <b>2.1 Nom ou Raison Sociale :</b> ..... |                                    |                           |                                                |
| <b>2.2 Adresse (1) :</b> .....           |                                    |                           |                                                |
| .....                                    |                                    |                           |                                                |

**3 Le travailleur désigné ci-dessus est détaché pour une période allant du ...../...../..... au ...../...../.....**  
dans l'établissement ci-après : Dates d'affectation

|                                        |
|----------------------------------------|
| <b>4 Nom ou Raison Sociale :</b> ..... |
| <b>4.1 Adresse (1) :</b> .....         |
| .....                                  |

**5 L'intéressé reste soumis pour cette période à la législation du pays où l'entreprise a son siège, conformément aux articles :**

- ☐ 3 paragraphe 2 alinéa 1 (période initiale)
- ☐ 3 paragraphe 3 (période initiale)
- ☐ 3 paragraphe 2 alinéa 2 (prolongation)
- ☐ 3 paragraphe 3 (prolongation)

|                                                                                                  |                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>6</b>                                                                                         | <b>Institution désignée du territoire où l'entreprise a son siège</b> |
| 6.1 Dénomination : <b>CPAM de votre département</b>                                              |                                                                       |
| 6.2 Adresse (1) :                                                                                |                                                                       |
| 6.3 Cachet                                                                                       |                                                                       |
| 6.4 Date : ...../...../.....                                                                     |                                                                       |
| 6.5 Signature :                                                                                  |                                                                       |
| <b>N.B: en cas de difficultés, contacter le service des relations internationales de la CPAM</b> |                                                                       |

### INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

#### Indications pour le travailleur :

- a) Le présent document permet au travailleur lui-même et aux membres de sa famille énumérés au cadre 2, d'obtenir des institutions d'assurance du lieu où il est détaché, sur présentation de sa carte d'assuré social en cours de validité s'il s'agit d'un assuré du régime métropolitain, ou d'un 980-04 s'il s'agit d'un assuré d'un régime polynésien, les prestations en nature en cas de maladie, de maternité, d'accident du travail ou de maladie professionnelle.
- b) Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'institution d'assurance du lieu de détachement, c'est-à-dire :
  - pour les prestations en cas de maladie ou de maternité :
 

**en France métropolitaine**, la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie ;

**dans les départements d'Outre-Mer**, la Caisse Générale de Sécurité Sociale

**en Polynésie**, la Caisse de Prévoyance Sociale,
  - pour les prestations en cas d'accident du travail :
 

**en France métropolitaine**, la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie,

**dans les départements d'Outre-Mer**, la Caisse Générale de Sécurité Sociale,

**en Polynésie**, la Caisse de Prévoyance Sociale.
- c) Le présent formulaire est également utilisable en cas de prolongation de détachement en application de l'article 3 paragraphe 2 alinéa 2 et de l'article 3 paragraphe 3 (dernière partie de phrase).

**Indications pour demander une prolongation du détachement initial**

La demande de prolongation doit être envoyée par l'employeur ou par le non salarié à l'instance administrative compétente du lieu de détachement :

\* la Caisse de Prévoyance Sociale pour la Polynésie

\* la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de la région où s'exerce l'activité de l'intéressé pour la France métropolitaine

L'accord est réputé acquis en l'absence de réponse à la demande dans un délai d'un mois.

**NOTES**

(1) Code postal, localité, rue, numéro, pays

|                  |                                                                    |        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------|--------|
| SECURITE SOCIALE | ACCORD ENTRE LA FRANCE METROPOLITAINE ET<br>LA POLYNESIE FRANCAISE | 980-04 |
|------------------|--------------------------------------------------------------------|--------|

**ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DES ASSURANCE MALADIE-  
MATERNITE PENDANT UN SEJOUR SUR L'AUTRE TERRITOIRE**

(Article 18 paragraphe 1 a) i) de l'accord)

|   |                                                  |                                                                                        |                                                                       |
|---|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> Travailleur salarié     | <input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente<br>(régime des salariés)     | <input type="checkbox"/> Assuré du régime de<br>solidarité polynésien |
|   | <input type="checkbox"/> Travailleur non salarié | <input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente<br>(régime des non salariés) | <input type="checkbox"/> Autre                                        |

|     |                                                                            |
|-----|----------------------------------------------------------------------------|
| 1.1 | Nom : .....                                                                |
|     | Prénoms ..... Nom de jeune fille ..... Date de naissance ...../...../..... |
| 1.2 | Adresse (1) : .....                                                        |
| 1.3 | Numéro d'immatriculation : .....                                           |

|     |                                    |               |                          |                         |
|-----|------------------------------------|---------------|--------------------------|-------------------------|
| 2   | Ayants droit (2)                   |               |                          |                         |
| 2.1 | Nom : .....                        | Prénoms ..... | Nom de jeune fille ..... | Date de naissance ..... |
| 2.2 | Adresse habituelle (1) (3) : ..... |               |                          |                         |

3 Les personnes précitées ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité.  
Ces prestations peuvent être servies

3.1 ☐ du ...../...../..... au ...../...../..... inclus

|     |                                             |                           |
|-----|---------------------------------------------|---------------------------|
| 4   | Institution compétente                      | CPAM de votre département |
| 4.1 | Dénomination : ..... N° de Code (4) : ..... |                           |
| 4.2 | Adresse (1) : .....                         |                           |
| 4.3 | Cachet                                      |                           |
|     | 4.4                                         | Date : .....              |
|     | 4.5                                         | Signature :               |

|                                   |                  |
|-----------------------------------|------------------|
| 4.6 Validation du ..... au.....   |                  |
| 4.7 Cachet                        | 4.8 Date :.....  |
|                                   | 4.9 Signature :  |
| 4.10 Validation du ..... au ..... |                  |
| 4.11 Cachet                       | 4.12 Date :..... |
|                                   | 4.13 Signature : |

|                                              |                                                                                                        |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>5</b>                                     | <b>Institution française compétente pour les accidents de la vie privée des non salariés agricoles</b> |
| 5.1 Dénomination :.....N° de code (4) :..... |                                                                                                        |
| 5.2 Adresse (1) :.....                       |                                                                                                        |
| 5.3 Cachet                                   |                                                                                                        |
|                                              | 5.4 Date :.....                                                                                        |
|                                              | 5.5 Signature :                                                                                        |



## INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractère d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de 3 pages : aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

L'institution compétente remplit le formulaire et le remet à l'intéressé ou l'envoie à l'institution du lieu de séjour si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci.

### Indications pour l'assuré et ses ayants droit

a) Le présent document permet :

- à l'assuré et/ou à ses ayants droits énumérés au cadre 2, qui se trouvent en séjour temporaire sur l'autre territoire, et en cas de nécessité immédiate, d'obtenir de l'organisme assureur du territoire de séjour les prestations en nature en cas de maladie ou de maternité.

b) Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'organisme assureur du territoire de séjour, c'est à dire :

- en France métropolitaine : la Caisse primaire d'assurance maladie,
- dans les départements d'Outre Mer : la Caisse Générale de Sécurité Sociale,
- en Polynésie : la Caisse de Prévoyance Sociale.

## NOTES

- (1) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (2) Indiquer uniquement les ayants droit qui se rendent temporairement sur l'autre territoire.
- (3) A indiquer uniquement quand l'adresse des ayants droit diffère de celle de l'assuré.
- (4) A compléter si elle en dispose.