

Délibération n° 280 du 19 décembre 2001 **relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie**

Historique :

Créée par :	Délibération n° 280 du 19 décembre 2001 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.	JONC du 18 janvier 2002 Page 247
Modifiée par :	Délibération n° 099/CP du 5 juin 2002 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social.	JONC du 11 juin 2002 Page 2002
Modifiée par :	Délibération n° 101/CP du 27 juin 2002 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social.	JONC du 28 juin 2002 Page 3307
Modifiée par :	Délibération n° 306 du 27 août 2002 relatives aux pénalités de retard de déclaration et de paiement des cotisations.	JONC du 10 septembre 2002 Page 5211
Modifiée par :	Délibération n° 337 du 13 décembre 2002 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social.	JONC du 31 décembre 2002 Page 7654
Modifiée par :	Délibération n° 412 du 22 décembre 2003 portant diverses dispositions d'ordre social.	JONC du 31 décembre 2003 Page 8156
Modifiée par :	Délibération n° 179 du 29 mars 2006 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social.	JONC du 7 avril 2006 Page 2375
Modifiée par :	Délibération n° 200 du 22 août 2006 portant modification de la délibération modifiée n° 280 du 19 décembre 2001 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.	JONC du 5 septembre 2006 Page 6057
Modifiée par :	Délibération n° 226 du 13 décembre 2006 précisant les modalités de couverture du risque longue maladie en application des articles Lp 78 à Lp 80 de la loi modifiée n° 2001-016 du 11 janvier 2002 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.	JONC du 26 décembre 2006 Page 9126
Modifiée par :	Délibération n° 227 du 13 décembre 2006 portant modification de la délibération modifiée n°280 du 19 décembre 2001 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.	JONC du 26 décembre 2006 Page 9127
Modifiée par :	Loi du pays n° 2009-3 du 7 janvier 2009 portant réforme de la branche assurance vieillesse et veuvage du régime général de sécurité sociale de Nouvelle-Calédonie et autres mesures d'ordre social.	JONC du 13 janvier 2009 Page 256
Modifiée par :	Délibération n° 458 du 8 janvier 2009 portant réforme de la branche assurance vieillesse et veuvage du régime général de sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie et autres mesures d'ordre social.	JONC du 20 janvier 2009 Page 362
Modifiée par :	Délibération n° 69/CP du 12 février 2009 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social.	JONC du 24 février 2009 Page 1174
Modifiée par :	Délibération n° 21/CP du 6 mai 2010 modifiant les règles financières et comptables applicables à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie.	JONC du 18 mai 2010 Page 4333
Modifiée par :	Délibération n° 24/CP du 1 ^{er} juin 2010 portant diverses dispositions relative à la maternité.	JONC du 15 juin 2010 Page 5243
Modifiée par :	Délibération n° 181 du 30 décembre 2011 portant modification des assiettes et des taux de cotisations au régime unifié d'assurance maladie-maternité.	JONC du 31 décembre 2011 Page 10063
Modifiée par :	Délibération n° 84/CP du 4 mai 2012 relative à la prise en charge des médicaments.	JONC du 17 mai 2012 Page 3569

Modifiée par :	Délibération n° 261 du 24 janvier 2013 portant diverses mesures d'ordre social.	JONC du 6 février 2013 Page 1319
Modifiée par :	Délibération n° 121/CP du 21 mars 2014 relative à l'insertion par le travail.	JONC du 3 avril 2014 Page 3027
Modifiée par :	Délibération n° 23 du 17 septembre 2014 modifiant les règles d'appel et de recouvrement de la cotisation au régime unifié d'assurance maladie-maternité applicables aux artistes.	JONC du 25 septembre 2014 Page 8999
Modifiée par :	Délibération n° 38 du 31 décembre 2014 relative à la contribution calédonienne de solidarité.	JONC du 31 décembre 2014 Page 12965
Modifiée par :	Délibération n° 24/CP du 13 novembre 2015 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social.	JONC du 26 novembre 2015 Page 11109
Modifiée par :	Délibération n° 34/CP du 19 avril 2016 relative à l'assiette spécifique de cotisation applicable aux volontaires et aux engagés du service civique en Nouvelle-Calédonie.	JONC du 10 mai 2016 Page 3718
Modifiée par :	Délibération n° 159 du 22 septembre 2016 modifiant les taux de cotisation au régime des prestations familiales et au régime unifié d'assurance maladie-maternité.	JONC du 13 octobre 2016 Page 11255
Modifiée par :	Délibération n° 64/CP du 19 avril 2017 instituant le chapitre Ier du sous-titre Ier du titre Ier du livre III de la partie réglementaire de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie (vaccinations) et portant diverses dispositions d'ordre social.	JONC du 9 mai 2017 Page 5042
Modifiée par :	Délibération n° 401 du 20 février 2019 relative à la modernisation des échanges entre les cotisants et la CAFAT	JONC du 5 mars 2019 Page 2825
Modifiée par :	Délibération n° 121/CP du 5 mars 2019 relative aux modalités de compensation des pertes de cotisations.	JONC du 14 mars 2019 Page 3536
Modifiée par :	Délibération n° 59/CP du 24 février 2022 modifiant la délibération n° 458 du 8 janvier 2009 portant réforme de la branche assurance vieillesse et veuvage du régime général de sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie et autres mesures d'ordre social.	JONC du 25 février 2022 Page 2934
Modifiée par :	Délibération n° 471 du 28 mars 2025 relative au budget primitif annexe de reversement de la Nouvelle-Calédonie – exercice 2025. Erratum	JONC du 31 mars 2025 Page 4126 JONC du 1^{er} avril 2025 Page 4351
Modifiée par :	Délibération n° 550 du 26 mars 2026 portant adaptation de diverses dispositions du droit du travail et de la protection sociale	JONC du 3 avril 2026 Page 8619
Modifiée par :	Délibération n° 555 du 26 mai 2026 portant diverses dispositions en matière sanitaire et sociale	JONC du 29 mai 2026 Page 11880

Textes d'application :

Arrêté n° 2010-4655/GNC du 23 novembre 2010 relatif à l'évaluation des avantages en nature en vue du calcul des cotisations de sécurité sociale.	JONC du 2 décembre 2010 Page 9613
Arrêté n° 2010-4657/GNC du 23 novembre 2010 relatif aux frais professionnels déductibles pour le calcul des cotisations de sécurité sociale.	JONC du 2 décembre 2010 Page 9614
Arrêté n° 2018-2477/GNC du 9 octobre 2018 portant fixation du modèle de déclaration nominative trimestrielle.	JONC du 18 octobre 2018 Page 14871

TITRE I - DU RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITE SOCIALE DE NOUVELLE-CALÉDONIE

Chapitre 1er - Dispositions générales

Chapitre 2 - Affiliation des travailleurs salariés et assimilés au régime général.....art. 1er et 2

Chapitre 3 - Ressources..... art. 3 à 5

Chapitre 4 - Action sanitaire, sociale et familiale

TITRE II - DU RÉGIME UNIFIÉ D'ASSURANCE MALADIE MATERNITÉ

Chapitre 1er - Dispositions générales

Chapitre 2 - Champ d'application.....art. 6 à 27-2

Chapitre 3 - Prestations.....art. 28 à 37-10

Chapitre 4 - Cotisations.....art. 38 à 49-1

TITRE III - DES TRAVAILLEURS MIGRANTS.....art. 50 et 51

TITRE IV - DE LA CAISSE DE COMPENSATION DES PRESTATIONS FAMILIALES, DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DE PRÉVOYANCE DES TRAVAILLEURS DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE (CAFAT)

Chapitre 1er - Dispositions générales

Chapitre 2 - Le conseil d'administration et les services de la caisse..... art. 52 à 58

Chapitre 3 - Le financement de la caisse de compensation des prestations

familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs

de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT).....art. 59 à 59-76

Chapitre 4 - Les conventions d'objectifs et de gestion - Les contrôles art. 60 et 61

TITRE V - DISPOSITIONS DIVERSESart. 62 à 72

TITRE I - DU RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITE SOCIALE DE NOUVELLE-CALÉDONIE

Chapitre 1^{er} - Dispositions générales

[Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.]

Chapitre 2 - Affiliation des travailleurs salariés et assimilés au régime général

Article 1^{er}

Complété par la délibération n°101/CP du 27 juin 2002 – Art. 1^{er}

Les déclarations en vue de leur affiliation à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie, des personnes mentionnées à l'article Lp 4 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie sont établies dans les 48 heures de leur début d'activité, sur des imprimés fournis par cet organisme. Ce délai est porté à 96 heures pour les employeurs domiciliés hors des communes de Nouméa, Mont-Dore, Dumbéa et Païta.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux personnes titulaires d'un contrat de travail qui doivent être déclarées conformément aux dispositions des articles 49 et 50 de la délibération n° 056 du 28 décembre 1989 relative au placement et à l'emploi.

Article 2

Modifié par la loi du pays n° 2009-3 du 7 janvier 2009 – Art. 6

Les employeurs sont tenus de demander leur immatriculation à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie dans les 48 heures de l'embauchage de leur premier salarié ou assimilé et de fournir à la caisse les documents nécessaires à cette immatriculation. Ce délai est porté à 96 heures pour les employeurs domiciliés hors des communes de Nouméa, Mont-Dore, Dumbéa et Païta. La demande d'immatriculation doit être faite en utilisant un imprimé que l'employeur doit se procurer auprès de la caisse.

Sauf application des dispositions de l'article Lp 6-4 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie, les travailleurs relevant d'un employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en Nouvelle-Calédonie sont responsables de l'exécution des obligations incombant à leur employeur et notamment du versement des cotisations sociales.

Chapitre 3 - Ressources

Section 1 - Dispositions générales

Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.

Section 2 - Assiette et taux des cotisations

Article 3

Modifié par la délibération n°69/CP du 12 février 2009 - Articles 1^{er} et 2

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 9 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie :

1. Les avantages en argent sont constitués par les indemnités ou gratifications allouées au salarié pour couvrir des dépenses personnelles, qu'elles revêtent un caractère forfaitaire ou qu'il s'agisse de remboursements de frais réels ainsi que par toutes les dépenses incombant normalement au salarié et payées par l'employeur.

2. Les avantages en nature sont constitués par la fourniture au salarié de biens ou de services produits par l'employeur ou par la mise à la disposition du salarié, soit gratuitement, soit moyennant une retenue inférieure à la valeur réelle, de biens appartenant à l'employeur.

3. L'évaluation des avantages en nature autres que le logement n'est pas remise en cause lorsqu'elle est au moins égale aux montants planchers fixés par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

L'évaluation de l'avantage en nature logement, alloué aux personnes salariées en vertu d'un contrat de travail dont elles tirent leur rémunération principale, n'est pas remise en cause lorsqu'elle est au moins égale à un pourcentage de leur rémunération totale, avantage en nature non compris, fixé par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

4. Les sommes à déduire de l'assiette des cotisations au titre des frais professionnels s'entendent de celles qui sont versées aux travailleurs pour les couvrir de charges de caractère spécial, inhérentes à la fonction ou à l'emploi.

Ces charges comprennent les frais réellement exposés par le travailleur pour l'accomplissement de son travail, abstraction faite de tous les éléments qui se rapportent à sa situation personnelle.

L'indemnisation des frais professionnels s'effectue :

1- soit sous la forme du remboursement des dépenses réellement engagées par le travailleur salarié ou assimilé ; l'employeur est tenu de produire les justificatifs afférents ;

2- soit sur la base d'allocations forfaitaires, l'employeur est dans ce cas autorisé à déduire leurs montants dans les limites fixées par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, sous réserve de l'utilisation effective de ces allocations forfaitaires conformément à leur objet. Cette condition est réputée remplie lorsque les allocations sont inférieures ou égales aux montants fixés par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Les personnes visées aux 3°, 4° et 17° de l'article Lp 4 de la loi du pays modifiée n° 2001-016 du 11 janvier 2002 susvisée ne peuvent bénéficier de cette indemnisation sur la base d'allocations forfaitaires.

5. Pour le calcul des cotisations dues au titre des salariés dont la durée mensuelle du travail est inférieure ou égale à 135 heures, l'employeur est en droit d'opérer un abattement d'assiette. Cet abattement ramène l'assiette des cotisations, pour chaque salarié employé à temps partiel, à une somme égale au produit du nombre d'heures de travail effectué dans le mois par le rapport entre chacun des plafonds applicables et 169 heures.

Toutefois, cet abattement ne peut être effectué que dans les cas où la rémunération que le salarié aurait perçue s'il avait occupé son poste ou son emploi à temps complet aurait été supérieure aux plafonds de la période considérée.

6. Les éléments de rémunération versés occasionnellement à des intervalles irréguliers ou à des intervalles différents de la périodicité des payes sont, pour le calcul des cotisations, lorsqu'ils sont versés en même temps qu'une paye, ajoutés à celle-ci et lorsqu'ils sont versés dans l'intervalle de deux payes, ajoutés à la paye suivante sans qu'il soit tenu compte de la période de travail à laquelle ils se rapportent.

7. A l'expiration de chaque trimestre, il est procédé à une régularisation pour tenir compte de l'ensemble de la rémunération perçue au cours de ladite période. A cette fin, il est fait masse de l'ensemble de la rémunération perçue depuis le premier jour du trimestre et les cotisations sont calculées sur cette masse, dans la limite de la somme des trois plafonds mensuels.

8. Pour les salariés embauchés ou débauchés en cours de trimestre, les cotisations sont calculées dans la limite de la somme des plafonds mensuels de la période d'emploi. En cas de mois incomplet, le plafond réduit est déterminé par l'addition d'autant de trentièmes de plafond mensuel que la période considérée compte de jours calendaires.

9. Lorsque la comptabilité d'un employeur ne permet pas d'établir le chiffre exact des salaires qu'il a payés à un ou plusieurs de ses salariés ou si ses déclarations se révèlent inexactes, le montant de ces salaires est fixé forfaitairement par les agents de contrôle de la caisse. Ce forfait est établi compte tenu des conventions collectives en vigueur ou, à défaut, des salaires pratiqués dans la profession. La durée d'emploi est déterminée d'après les déclarations des intéressés ou par tout autre moyen de preuve.

Article 3-1

*Créé par délibération n° 412 du 22 décembre 2003 – Art. 1^{er}
Complété par la délibération n° 121/CP du 21 mars 2014 – Art. 3
Complété par la délibération n° 34/CP du 19 avril 2016 – Art. 1^{er}*

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 10-1 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

L'assiette des cotisations salariales et patronales de la catégorie professionnelle visée à l'article Lp 4-10° est fixée forfaitairement au salaire minimum garanti.

L'assiette des cotisations salariales et patronales de la catégorie professionnelle visée à l'article Lp 4-16° est constituée par l'indemnité destinée au dédommagement de la personne agréée pour l'exercice de sa mission et est au moins égale à un demi salaire minimum garanti.

L'assiette des cotisations salariales et patronales des bénéficiaires d'un contrat d'insertion par le travail est constituée par la rémunération prévue par ce contrat et est au moins égale à un demi salaire minimum garanti.

L'assiette des cotisations salariales et patronales de la catégorie professionnelle visée à l'article Lp 4-18° est constituée de l'indemnité et le cas échéant de la majoration, prévues par le contrat de service civique.

Article 3-2

*Créé par la délibération n°101/CP du 27 juin 2002 – Art. 19
Modifié par la délibération n° 412 du 22 décembre 2003 – Art. 2*

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 12 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les cotisations sociales salariales et patronales des volontaires du service militaire adapté sont versées trimestriellement à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs, sur bordereau de déclaration regroupant tous les volontaires concernés, établi et liquidé par la direction de la formation professionnelle continue, sur la base des éléments fournis par le groupement du service militaire adapté de Nouvelle-Calédonie.

Section 2-1 : Exonérations et abattements de cotisations

Créée par la délibération n° 121/CP du 5 mars 2019 – Art. 1^{er}

Article 3-3

Créé par la délibération n° 121/CP du 5 mars 2019 – Art. 1^{er}

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp. 12-2 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

La compensation due au titre de l'année N est établie sur la base des assiettes de l'année N-2 déclarées conformément à l'article 4 et telle qu'arrêtée au 31 août de l'année N-1.

Le montant correspondant et dû au titre de l'année N est versé par mensualité de janvier à décembre de l'année N.

Section 3 - Le recouvrement des cotisations

Article 4

Modifié par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 3

Modifié par la délibération n°200 du 22 août 2006 – Art. 1^{er}

Modifié par la délibération n°69/CP du 12 février 2009 – Art. 3

Modifié par la délibération n° 458 du 8 janvier 2009 – Art. 44

Modifié par la délibération n° 38 du 31 décembre 2014 – Art. 5

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 13 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les cotisations sont versées par les employeurs à la caisse dans le mois suivant chaque trimestre civil. Toutefois, les employeurs de personnel de maison sont tenus d'effectuer leur versement dans la première quinzaine du mois suivant chaque trimestre civil.

En outre, les employeurs sont également astreints à fournir, lors du dépôt du bordereau trimestriel de déclaration, un état nominatif des travailleurs salariés employés par l'entreprise au cours du trimestre.

Toutefois, les employeurs occupant plus de vingt salariés sont tenus, hors échéance, au versement d'un acompte provisionnel dont le montant ne peut être inférieur au quart du montant total des cotisations afférentes au trimestre précédent.

Le versement des acomptes provisionnels doit être effectué au terme de chaque mois.

Les services publics doivent également acquitter mensuellement les acomptes provisionnels.

Toute personne qui a occupé du personnel d'une façon permanente ou occasionnelle, est tenue de faire connaître à la caisse, dans le mois suivant chaque trimestre civil :

1°) la liste nominative des travailleurs salariés employés dans l'entreprise, avec mention du numéro RIDET de l'établissement dans lequel l'activité principale a été exercée, ou avec mention de la commune dans laquelle l'activité principale a été exercée pour les employeurs exempts d'inscription au RIDET.

2°) le montant des salaires et accessoires soumis aux cotisations pour la période écoulée de référence.

3°) la durée du travail exprimée en heures correspondant au montant des salaires déclarés pour la période écoulée de référence.

Le modèle de déclaration nominative trimestrielle comprenant le bordereau trimestriel de déclaration et l'état nominatif est fixé par arrêté⁽¹⁾ du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Tous les employeurs doivent signaler à la caisse, dès qu'ils se produisent, les mouvements intervenus dans l'effectif de leurs salariés et notamment les mutations entre établissements.

En cas de cession ou de cessation d'un commerce, d'une industrie, d'une exploitation ou d'une activité professionnelle quelconque, le paiement des cotisations dues est immédiatement exigible.

La contribution due par le bénéficiaire du régime de retraite de la caisse ou de régime de retraite des fonctionnaires est calculée par la caisse, puis est prélevée mensuellement, à terme échu, lors du versement des pensions.

Pour l'application des présentes dispositions, la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie et l'office territorial de retraite des agents fonctionnaires sont habilités à passer des conventions. Compte tenu de la structure des revenus des salariés et des fonctionnaires retraités, la contribution est versée à titre définitif et ne donne pas lieu à régularisation annuelle.

Pour la mise en œuvre des avantages de retraite tels que prévus par les dispositions des articles L. 442-18, L. 914-1 et L.974-1 du code de l'éducation et liés à la cessation d'activité de certains maîtres et documentalistes contractuels ou agréés des établissements d'enseignement privés sous contrat de la Nouvelle-Calédonie, la CAFAT est habilitée à passer une convention avec l'organisme désigné pour la gestion dudit régime.

NB ⁽¹⁾ : Voir l'arrêté n° 2018-2477/GNC du 9 octobre 2018.

Article 4-1

Créé par la délibération n°101/CP du 27 juin 2002 –Art. 2

La caisse adresse chaque année, au plus tard le 15 septembre, aux travailleurs indépendants retraités et leurs conjoints ou concubins survivants, affiliés au régime unifié d'assurance maladie-maternité, un imprimé de déclaration de ressources conforme au modèle arrêté par le gouvernement, sur proposition de la caisse.

Ces personnes sont tenues de retourner cette déclaration dûment remplie et signée, accompagnée, le cas échéant, du dernier avis d'imposition, à la caisse avant le 15 octobre.

Les assurés qui ne se sont pas conformés à cette obligation sont redevables d'une cotisation fixée provisoirement au montant de cotisation le plus élevé. Lors du calcul, après envoi de la déclaration annuelle de ressources, la cotisation effectivement due est majorée de 5.000 F CFP à titre de sanction. La majoration est payée à la première échéance qui suit la réception de la déclaration de ressources.

Article 4-2

Créé par la délibération n°401 du 20 février 2019 – Art. 1^{er}

I. A compter du 1^{er} avril 2019, les employeurs privés et publics, redevables de cotisations et contributions sociales, occupant cinquante salariés ou plus sont tenus d'effectuer par voie dématérialisée la déclaration prévue à l'article 4 de la présente délibération et le paiement de celle-ci. Le mode de paiement est le virement. Dans ce cas, l'ordre de virement est accompagné de références dont la liste est fixée par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

II. A compter du 1^{er} avril 2020, les employeurs privés et publics, redevables de cotisations et contributions sociales, occupant de cinq à quarante-neuf salariés sont tenus d'effectuer par voie dématérialisée la déclaration prévue à l'article 4 de la présente délibération et le paiement de celles-ci. Le mode de paiement est le virement ou le téléversement. Dans le cas d'un paiement par ordre de virement, ce dernier est accompagné de références dont la liste est fixée par l'arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie mentionné au I.

Section 4 - Le contrôle des cotisants

Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.

Section 5 - Contentieux et pénalités

Article 5

*Modifié par la délibération n°101/Cp du 27 juin 2002 – Art. 3
Modifié par la délibération n°306 du 27 août 2002 – Art. 1^{er}*

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 18 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie :

I - Le défaut de production aux échéances prescrites du bordereau nominatif d'appel de fonds comportant la liste nominative des travailleurs salariés employés dans l'entreprise, donne à l'organisme de gestion le droit d'imposer à l'employeur défaillant le versement d'une cotisation égale à la cotisation maximum prévue par la réglementation en vigueur.

L'employeur taxé d'office conserve cependant la possibilité d'apporter la preuve que les rémunérations réellement payées à son personnel ne le rendent passible que d'une cotisation inférieure à celle fixée d'office par l'organisme de gestion.

Le défaut de production aux échéances prescrites des documents prévus au présent article donne lieu à l'application d'une astreinte de 500 francs CFP par salarié figurant sur la dernière déclaration produite par l'employeur sans que le total des astreintes puisse excéder 30 000 francs CFP.

La production aux échéances prescrites de documents sans précision de la durée du travail prévue par l'article 4-3° de la présente délibération est assimilée à un défaut de production.

Lorsque l'employeur n'a jamais produit de bordereau, l'astreinte de 500 francs CFP est encourue pour chaque salarié dont le contrôle aura révélé l'emploi dans l'entreprise.

Si le retard excède un mois, une astreinte identique est automatiquement appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard.

II - Il est appliqué une majoration de retard de 1,5 % du montant des cotisations qui n'ont pas été versées, par mois, ou fraction de mois écoulé, à compter du lendemain de la date limite d'exigibilité.

La majoration se renouvelle périodiquement jusqu'au jour de paiement effectif de l'ensemble de la dette, sans qu'aucune formalité ou mise en demeure préalable soit nécessaire.

Les frais de versement des cotisations et majorations sont à la charge de la partie payante.

III - Les astreintes et majorations de retard prévues par la présente délibération sont liquidées par le directeur de la caisse. Elles doivent être acquittées dans le mois de leur notification par lettre recommandée et sont recouvrées dans les conditions définies par le décret modifié n° 57-246/CG du 24 février 1957.

Les employeurs peuvent, en cas de force majeure ou de bonne foi dûment prouvée, formuler une demande gracieuse en remise ou réduction des astreintes et majorations de retard encourues en application du présent texte.

La remise ou réduction consentie ne devient effective qu'après règlement de la totalité des cotisations qui ont donné lieu à application desdites astreintes ou majorations.

Article 5-1

Créé par la délibération n°555 du 26 mai 2026 – Art. 8

I. - Le directeur peut accorder des délais de paiement et des sursis à poursuites pour le règlement des cotisations, des pénalités et des majorations de retard, au regard des motifs justifiant les difficultés de paiement, des actions prises pour remédier à la situation et des garanties apportées par le demandeur.

Lorsque le demandeur est un employeur, les délais de paiement et les sursis à poursuite ne peuvent concerner que les cotisations patronales et sont conditionnés au reversement intégral des cotisations salariales.

La demande est accompagnée de tous les éléments permettant d'apprécier la situation du cotisant.

II. - En cas de situation de crise constatée par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie dans un ou plusieurs secteurs d'activité, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie peut, pour une durée qui ne peut être supérieure à un an :

1° Accorder des reports d'échéance aux entreprises relevant des secteurs concernés ;

2° Autoriser le directeur de la CAFAT à accorder des délais de paiement et des sursis à poursuite pour le reversement des cotisations salariales dans les conditions prévues au I.

III. - Les majorations de retard prévues à l'article 5 ne s'appliquent pas lorsque le cotisant bénéficie d'un délai de paiement ou d'un report d'échéance en application du présent article.

Section 6 - Sanctions pénales

Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.

Chapitre 4 - Action sanitaire, sociale et familiale

Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.

TITRE II - DU RÉGIME UNIFIÉ D'ASSURANCE MALADIE MATERNITÉ

Chapitre 1^{er} - Dispositions générales

Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.

Chapitre 2 - Champ d'application

Section 1 - Bénéficiaires

Sous-section 1 - Dispositions générales

Article 6

Modifié par la délibération n° 412 du 22 décembre 2003 –Art. 4

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 28 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les dispositions relatives aux ayants droit sont applicables à compter de l'affiliation des différentes catégories dans le régime unifié d'assurances maladie-maternité, les règles antérieures continuant à s'appliquer jusqu'à cette date.

Le concubin ne peut prétendre aux prestations prévues que si le concubinage est notoire, non adultère et dure depuis au moins douze mois consécutifs, sur présentation d'une déclaration de concubinage.

La qualité d'ayant droit est maintenue ou accordée aux enfants et aux petits enfants pendant la période comprise entre la fin de leur scolarité et la prochaine rentrée scolaire ou universitaire, y compris lorsqu'ils

atteignent l'âge de vingt et un ans pendant cette période et sous réserve de la production d'une déclaration sur l'honneur de l'assuré certifiant que l'inscription dans un établissement est en cours.

Est considéré comme ascendant à charge, l'ascendant qui atteste au moyen d'une déclaration sur l'honneur cosignée par l'assuré, que ses revenus personnels ne dépassent pas l'équivalent du montant annuel d'une pension de retraite de la caisse accordée pour 1995 points.

Sous-section 2 - Affiliation et immatriculation des travailleurs indépendants actifs et retraités

Article 7

Réservé

Article 8

*Modifié par la délibération n°101/CP du 27 juin 2002 –Art. 4
Modifié par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 –Art. 5
Modifié par la délibération n° 59/CP du 24 février 2022 – Art. 5*

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 36 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Le travailleur doit avoir atteint l'âge prévu à l'article 1^{er} de la délibération n° 458 du 8 janvier 2009 portant réforme de la branche assurance vieillesse et veuvage du régime général de sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie et autres mesures d'ordre social, et justifier d'au moins cinq années d'activité salariée ou non salariée en Nouvelle-Calédonie.

Sont considérées comme périodes d'activité non salariée celles qui auraient donné lieu à cotisation obligatoire au régime unifié d'assurance maladie-maternité si celle-ci avait été obligatoire à l'époque où l'intéressé a exercé cette activité.

La preuve de l'activité et du montant des revenus perçus durant la période visée ci-dessus peut être apportée par tous moyens.

Article 9

Modifié par la délibération n°101/CP du 27 juin 2002 –Art. 5

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 37 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

1 - Les travailleurs indépendants doivent signaler le début ou la fin de leur activité professionnelle non salariée à la caisse dans un délai de trente jours à compter de la date à laquelle ils remplissent ou cessent de remplir les conditions légales d'affiliation au régime unifié d'assurance maladie maternité.

A cet effet, ils adressent à la caisse un bulletin d'immatriculation ou, le cas échéant, de radiation qu'ils se procurent auprès de celle-ci.

Dans le délai d'un mois à compter de la réception du bulletin d'immatriculation dûment rempli, la caisse :

1°) immatricule l'intéressé ;

2°) lui notifie son affiliation.

2 - Les travailleurs indépendants qui n'ont pas fourni dans le délai fixé le bulletin d'immatriculation rempli, sont mis en demeure de retourner ce document dûment rempli sont immatriculés et affiliés d'office à la caisse et sont redevables d'une somme de 5 000 francs CFP à titre de sanction.

A cet effet, la caisse est rendue destinataire de la liste des travailleurs indépendants et de leur domiciliation inscrits au rôle de la contribution des patentes ainsi que de celle des travailleurs indépendants bénéficiaires de l'aide médicale.

De la même façon, les organismes gérant les différents registres ou répertoires visés aux articles Lp 31, Lp 32 et Lp 34 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie transmettent la liste des travailleurs inscrits avec leur domiciliation.

3 - En vue de leur intégration au régime unifié d'assurance maladie-maternité, les travailleurs indépendants en activité à la date d'entrée en vigueur de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie et de la présente délibération sont tenus de s'immatriculer à la caisse avant le 30 avril 2002, sans que cette formalité n'ait pour conséquence d'avancer la date d'effet de leur affiliation fixée au 1^{er} juillet 2002.

Section 2 - Droit aux prestations

Sous-section 1 - Les travailleurs salariés et assimilés

Article 10

Modifié par la délibération n° 412 du 22 décembre 2003 –Art. 6

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 38 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie. Les conditions d'ouverture des droits sont appréciées :

- pour les prestations en nature liées aux risques maladie, longue maladie, chirurgie, à la date des soins, à l'exception des frais d'évacuation sanitaire et d'hospitalisation pour lesquels les droits sont appréciés respectivement à la date de l'évacuation sanitaire et à la date d'entrée dans l'établissement hospitalier ;

- pour le risque invalidité, à la date de début de l'incapacité ou de la constatation médicale de l'invalidité ;

- pour les indemnités journalières liées aux risques maladie, longue maladie et chirurgie, au jour de l'interruption de travail ;

- pour les prestations en nature liées à la maternité, à la date présumée de la conception ou, à défaut, à la date des soins ;

- pour les indemnités journalières liées à la maternité, à la date de suspension de l'activité salariée ou assimilée ;

- pour le décès, à la date du décès.

1. Quant aux prestations en nature

Les droits ouverts en application des dispositions suivantes restent acquis lorsque l'assuré cesse de remplir les conditions d'assujettissement ou d'ouverture des droits.

L'assuré a droit et ouvre droit aux prestations en nature, sous réserve de justifier, de sa qualité de salarié ou assimilé ou établir qu'il se trouve placé dans une situation assimilée à une période d'activité, aux premier jour et dernier jour de la période de référence, dans les conditions suivantes :

1.1. L'assuré a droit et ouvre droit à ces prestations pendant un mois civil ou un mois de date à date suivant la fin de la période de référence, s'il justifie à cette date :

a) soit avoir effectué un travail salarié ou assimilé d'une durée au moins égale à la moitié de la durée mensuelle légale du travail arrondie, le cas échéant, à l'unité inférieure, durant un mois civil ou un mois de date à date,

b) soit avoir perçu durant un mois civil une rémunération soumise à cotisations au moins égale à la moitié du salaire minimum garanti mensuel du secteur d'activité concerné.

c) soit avoir perçu durant un mois civil une rémunération ayant donné lieu à une cotisation assise sur une base spécifique au moins égale à la moitié du salaire minimum garanti.

1.2. L'assuré a droit et ouvre droit à ces prestations pendant trois mois civils ou trois mois de date à date suivant la fin de la période de référence, s'il justifie à cette date :

a) soit avoir effectué un travail salarié ou assimilé d'une durée au moins égale à trois fois la moitié de la durée mensuelle légale du travail arrondie, le cas échéant, à l'unité inférieure, durant trois mois civils ou trois mois de date à date,

b) soit avoir perçu sur une période de trois mois civils consécutifs une rémunération soumise à cotisations au moins égale à 1,5 fois le salaire minimum garanti mensuel du secteur d'activité concerné en vigueur au premier jour de la période de référence.

c) soit avoir perçu sur une période de trois mois civils consécutifs une rémunération ayant donné lieu à une cotisation assise sur une base spécifique au moins égale à 1,5 fois le salaire minimum garanti.

1.3. L'assuré a droit et ouvre droit à ces prestations pendant six mois civils ou six mois de date à date suivant la fin de la période de référence, s'il justifie à cette date :

a) soit avoir effectué un travail salarié ou assimilé d'une durée au moins égale à six fois la moitié de la durée mensuelle légale du travail arrondie, le cas échéant, à l'unité inférieure, durant six mois civils ou six mois de date à date,

b) soit avoir perçu, sur une période de six mois civils consécutifs, une rémunération soumise à cotisations au moins égale à trois fois le salaire minimum garanti mensuel du secteur d'activité concerné en vigueur au premier jour de la période de référence,

c) soit avoir perçu sur une période de six mois civils consécutifs une rémunération ayant donné lieu à une cotisation assise sur une base spécifique au moins égale à 3 fois le salaire minimum garanti.

d) soit avoir effectué au moins 2 000 heures de travail ou de périodes assimilées au cours des

deux années civiles ou de vingt-quatre mois de date à date et à la condition d'avoir effectué un travail salarié ou assimilé d'une durée égale à trois fois la moitié de la durée mensuelle légale du travail arrondie, le cas échéant, à l'unité inférieure, durant les trois derniers mois civils ou trois mois de date à date.

2. Quant aux prestations en espèces

2.1. L'assuré a droit aux prestations en espèces liées aux risques maladie, longue maladie, chirurgie, invalidité et décès s'il justifie au cours des trois mois civils ou trois mois de date à date précédant la date d'appréciation de ses droits :

a) soit avoir effectué un travail salarié ou assimilé d'une durée au moins égale à trois fois la moitié de la durée mensuelle légale du travail arrondie, le cas échéant, à l'unité inférieure, durant trois mois civils ou trois mois de date à date,

b) soit avoir perçu sur une période de trois mois civils consécutifs une rémunération soumise à cotisations au moins égale à une fois et demi le salaire minimum garanti mensuel du secteur d'activité concerné en vigueur au premier jour de la période de référence.

c) soit avoir perçu sur une période de trois mois civils consécutifs une rémunération ayant donné lieu à une cotisation assise sur une base spécifique au moins égale à 1,5 fois le salaire minimum garanti.

2.1.1. L'assuré doit justifier en outre de sa qualité de salarié ou assimilé ou établir qu'il se trouve placé dans une situation assimilée à une période d'activité au moment de l'arrêt de travail en produisant tout document utile et notamment un bulletin de salaire ou une attestation de son employeur.

2.2. L'assurée a droit aux indemnités journalières liées à la maternité à condition qu'elle :

a) justifie de sa qualité de salariée ou assimilée dans les conditions définies au chapitre 2 du titre I de la loi du pays modifiée n° 2001-016 du 11 janvier 2002 ;

b) fasse constater son état de grossesse par un médecin ou une sage-femme et transmette à la caisse le certificat d'examen délivré ;

c) suspende effectivement l'exercice de sa profession, la preuve de cette suspension étant produite par attestation de son employeur ;

d) justifie de la rémunération ou du gain effectivement perçu lors de la cessation de travail par la transmission à la caisse du dernier bulletin de salaire ou de toute autre attestation délivrée par son employeur.

La preuve de sa qualité de salariée ou assimilée et la constatation médicale de son état de grossesse ne sont pas exigées si l'assurée a rempli toutes les conditions requises pour bénéficier des allocations prénatales.

3. Quant aux périodes d'inactivité

Pour la réalisation des conditions d'ouverture des droits fixées ci-dessus, seront assimilées à des périodes de travail :

3.1. Les périodes où l'assuré a perçu de la caisse :

- soit des indemnités temporaires (maladie, accident du travail, chômage, maternité).

- soit une pension ou une rente pour incapacité de travail supérieure à 66,66 %.

3.2. Les absences régulières pour congés payés ainsi que les arrêts de travail pour maladie dûment justifiés médicalement et indemnisés par l'employeur conformément aux dispositions du droit du travail et, pour les femmes salariées, les périodes de suspension du contrat de travail pour congés de maternité, avant et après l'accouchement telles que prévues par la réglementation.

3.3. Les périodes de suspension du contrat de travail pour mise à pied, grève ou lock-out.

3.4. Les absences en cas de force majeure.

3.5. Les périodes d'assurance volontaire au régime unifié d'assurance maladie-maternité ou aux régimes antérieurs pour ce qui concerne exclusivement l'appréciation des prestations en nature.

Article 11

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 39 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

1 - Sans préjudice des dispositions de l'article Lp 38 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie, les prestations en nature du régime unifié d'assurance maladie-maternité pourront être versées, du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante, à tout assuré qui, pendant l'année civile précédant cette période, a occupé un emploi salarié dont il a retiré, chaque trimestre, une rémunération ayant servi au calcul des cotisations et équivalente à la moitié au moins du montant correspondant à 169 fois le taux horaire du salaire minimum garanti du secteur d'activité concerné de chacun des trois mois considérés.

Sur sa demande, tout assuré ayant occupé un emploi salarié dont il a retiré une rémunération équivalente au demi-salaire minimum garanti trimestriel du secteur d'activité concerné pendant quatre trimestres consécutifs peut bénéficier d'une ouverture de ses droits pour une durée d'un an à compter de la date à laquelle les conditions en sont remplies.

Dès que l'assuré remplit les conditions visées au premier alinéa du présent article, l'annualisation de ses droits est portée du 1er avril au 31 mars de l'année suivante. Sont assimilés à des temps de travail les congés payés au titre de la période à laquelle ils se rapportent, les périodes durant lesquelles l'assuré a perçu de la caisse, soit des indemnités temporaires, soit des pensions, soit une rente pour incapacité de travail d'un taux supérieur à 66,66 % ainsi que, sous réserve qu'elles viennent en complément d'une activité salariée insuffisante pour ouvrir des droits, les périodes d'assurance volontaire au régime unifié d'assurance maladie maternité ou aux régimes antérieurs à condition que les cotisations y afférentes aient été calculées sur une base au moins équivalente à celle qui est définie au premier alinéa.

2 - La caisse établira chaque année la liste des assurés bénéficiant de l'annualisation des droits. Elle pourra leur délivrer une carte attestant leur inscription sur cette liste.

3 - Les assurés qui ne remplissent pas les conditions définies au premier paragraphe, et qui, au cours de l'année de référence, se sont absentés durant les périodes n'ouvrant pas droit à indemnisation mais assimilées à des temps d'activité par la réglementation en vigueur, pourront obtenir le bénéfice de l'annualisation à condition de fournir toutes les justifications utiles.

4 - Pour prétendre au versement des prestations en espèces, l'assuré qui bénéficie des dispositions du premier paragraphe devra justifier de sa qualité de salarié ou établir qu'il se trouve placé dans une situation assimilée à une période d'activité, au moment de l'arrêt de travail, en produisant tout document utile et notamment un bulletin de paie ou une attestation de son employeur.

Sous-section 2 - Les volontaires civils

Article 12

*Modifié par la délibération n° 412 du 22 décembre 2003 -Art. 7
Abrogé par la délibération n° 34/CP du 19 avril 2016 – Art. 2*

[Abrogé].

Article 13

Abrogé par la délibération n° 34/CP du 19 avril 2016 – Art. 2

[Abrogé].

Article 14

Abrogé par la délibération n° 34/CP du 19 avril 2016 – Art. 2

[Abrogé].

Sous-section 3 - Les fonctionnaires des collectivités de la Nouvelle-Calédonie, les magistrats de l'ordre judiciaire, les fonctionnaires civils de l'Etat, les militaires, les ouvriers de l'Etat et les fonctionnaires relevant des fonctions publiques territoriale et hospitalière

Modifié par délibération n°101/CP du 27 juin 2002 –Art. 16

Article 15

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 45 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature du régime unifié d'assurance maladie-maternité sont appréciées :

a) pour les prestations en nature liées aux risques maladie, longue maladie, chirurgie, à la date des soins, à l'exception des frais d'évacuation sanitaire et d'hospitalisation pour lesquels les droits sont appréciés respectivement à la date de l'évacuation sanitaire et à la date d'entrée dans l'établissement hospitalier,

b) pour la maternité, à la date présumée de la conception ou, à défaut, à la date des soins.

Article 16

Modifié par la délibération n°101/CP du 27 juin 2002 –Art. 6

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 48 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les droits des magistrats de l'ordre judiciaire, des fonctionnaires civils de l'Etat, des militaires, des ouvriers de l'Etat, des fonctionnaires relevant des fonctions publiques territoriale et hospitalière, appelés à servir en Nouvelle-Calédonie pour une durée supérieure à six mois ainsi que des fonctionnaires des collectivités de la Nouvelle-Calédonie qui cessent de remplir les conditions d'affiliation au régime unifié d'assurance maladie-maternité sont maintenus pour une durée d'un mois, de trois mois ou de six mois à

compter de la date à laquelle elles ne sont plus remplies, dès lors qu'ils ont cotisé sur une période au moins équivalente.

Ces droits sont également maintenus pendant une durée de six mois s'ils justifient, à la date à laquelle les conditions d'affiliation cessent d'être remplies, avoir effectué au moins 2.000 heures de travail salarié ou de période assimilée au cours des deux années civiles précédentes ou de vingt-quatre mois de date à date. Ils doivent, en outre, justifier d'une activité salariée ou assimilée au cours des trois derniers mois de ladite période.

Article 17

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 49 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

1 - Sans préjudice des dispositions de l'article Lp 48 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie, les prestations en nature du régime unifié d'assurance maladie-maternité pourront être versées, du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante, à tout assuré qui, pendant l'année civile précédant cette période, a occupé un emploi salarié dont il a retiré, chaque trimestre, une rémunération ayant servi au calcul des cotisations et équivalente à la moitié au moins du montant correspondant à 169 fois le taux horaire du salaire minimum garanti du secteur d'activité concerné de chacun des trois mois considérés.

Sur sa demande, tout assuré ayant occupé un emploi salarié dont il a retiré une rémunération équivalente au demi salaire minimum garanti trimestriel du secteur d'activité concerné pendant quatre trimestres consécutifs, peut bénéficier d'une ouverture de ses droits pour une durée d'un an à compter de la date à laquelle les conditions en sont remplies.

Dès que l'assuré remplit les conditions visées au premier alinéa du présent article, l'annualisation de ses droits est portée du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante. Sont assimilés à des temps de travail, les congés payés au titre de la période à laquelle ils se rapportent, les périodes durant lesquelles l'assuré a perçu de la caisse, soit des indemnités temporaires, soit des pensions, soit une rente pour incapacité de travail d'un taux supérieur à 66,66 % ainsi que, sous réserve qu'elles viennent en complément d'une activité salariée insuffisante pour ouvrir des droits, les périodes d'assurance volontaire au régime unifié d'assurance maladie maternité ou aux régimes antérieurs à condition que les cotisations y afférentes aient été calculées sur une base au moins équivalente à celle qui est définie au premier alinéa.

2 - La caisse établira chaque année la liste des assurés bénéficiant de l'annualisation des droits. Elle pourra leur délivrer une carte attestant leur inscription sur cette liste.

3 - Les assurés qui ne remplissent pas les conditions définies au premier paragraphe, et qui, au cours de l'année de référence, se sont absents durant les périodes n'ouvrant pas droit à indemnisation mais assimilées à des temps d'activité par la réglementation en vigueur, pourront obtenir le bénéfice de l'annualisation à condition de fournir toutes les justifications utiles.

Sous-section 4 - Les travailleurs indépendants

Article 18

Remplacé par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 –Art. 8

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 50 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les conditions d'ouverture des droits aux prestations du régime unifié d'assurance maladie maternité sont appréciées :

I. Quant aux prestations en nature

1°) pour les prestations en nature liées aux risques maladie, longue maladie et chirurgie, à la date des soins, à l'exception des frais d'évacuation sanitaire et d'hospitalisation pour lesquels les droits sont appréciés respectivement à la date de l'évacuation sanitaire et à la date d'entrée dans l'établissement hospitalier ;

2°) pour la maternité, à la date présumée de la conception ou, à défaut, à la date des soins.

II. Quant aux prestations en espèces

1°) Ont droit aux indemnités journalières liées à la maladie, la longue maladie et la chirurgie les travailleurs indépendants affiliés au régime unifié d'assurance maladie-maternité avec l'option prestations en espèces depuis au moins trois mois au jour de l'interruption de travail. Le bénéfice de ces prestations est octroyé :

a) dès le premier jour d'arrêt de travail en cas d'hospitalisation,

b) hors cas d'hospitalisation, à compter du 11^{ème} jour d'arrêt de travail en cas d'incapacité ininterrompue médicalement justifiée de plus de 10 jours. L'avis d'arrêt de travail doit être adressé par l'assuré au contrôle médical dans le délai de deux jours suivant la date de la constatation médicale de l'incapacité de travail.

2°) Ont droit à l'indemnité journalière de repos maternité les assurées affiliées au régime unifié d'assurance maladie-maternité avec l'option prestations en espèces depuis au moins un an à la date présumée de l'accouchement à condition que l'état de grossesse soit constaté par un médecin ou une sage-femme et que le certificat d'examen délivré soit transmis à la caisse.

3°) Ont droit aux prestations invalidité les travailleurs indépendants affiliés au régime unifié d'assurance maladie-maternité avec l'option prestations en espèces depuis au moins trois mois à la date du début de l'incapacité ou de la constatation médicale de l'invalidité.

4°) Ouvrent droit à la prestation décès les travailleurs indépendants affiliés au régime unifié d'assurance maladie-maternité avec l'option prestations en espèces depuis au moins trois mois à la date du décès.

La demande de souscription de l'option prestations en espèces doit être formulée par écrit ; elle prend effet à compter du premier jour du trimestre suivant la notification de la demande.

Article 19

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 51 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Le conjoint ou concubin survivant non remarié du travailleur indépendant retraité bénéficie des prestations servies par l'assurance maladie-maternité sous réserve d'être âgé d'au moins cinquante ans et de ne pas bénéficier par ailleurs à un autre titre du régime unifié d'assurance maladie-maternité ou d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie-maternité.

L'intéressé perd le bénéfice de ces dispositions en cas de remariage ou de concubinage.

Article 20

Modifié par la délibération n° 412 du 22 décembre 2003 –Art. 9

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 53 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les droits aux prestations en nature du travailleur indépendant, qui s'est régulièrement acquitté de sa cotisation du dernier trimestre et qui cesse de remplir les conditions d'affiliation, sont maintenus pendant une durée d'un mois, de trois mois ou de six mois à compter de la date à laquelle elles ne sont plus remplies, dès lors qu'il justifie avoir régulièrement cotisé sur une période au moins équivalente.

Ces droits sont également maintenus pendant une durée de six mois, s'il justifie, à la date à laquelle les conditions d'assujettissement cessent d'être remplies, avoir exercé une activité indépendante ayant donné lieu à cotisation, pendant une durée de douze mois sur une période de deux années civiles ou de vingt-quatre mois de date à date. Il doit en outre justifier de l'exercice d'une activité indépendante soumise à cotisations au cours des trois derniers mois de ladite période.

Sous-section 5 - Les sénateurs coutumiers, les maires et adjoints

Article 21

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 56 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature du régime unifié d'assurance maladie-maternité sont appréciées :

a) pour les prestations en nature liées aux risques maladie, longue maladie, chirurgie, à la date des soins, à l'exception des frais d'évacuation sanitaire et d'hospitalisation pour lesquels les droits sont appréciés respectivement à la date de l'évacuation sanitaire et à la date d'entrée dans l'établissement hospitalier ;

b) pour la maternité, à la date présumée de la conception ou, à défaut, à la date des soins.

Article 22

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 57 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les droits du sénateur coutumier, du maire ou de l'adjoint qui cessent de remplir les conditions d'affiliation au régime unifié d'assurance maladie-maternité sont maintenus pour une durée d'un mois, de trois mois, de six mois ou de un an à compter de la date à laquelle elles ne sont plus remplies, dès lors qu'il a cotisé sur une période au moins équivalente.

Sous-section 6 - Les assurés volontaires

Article 23

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 58 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

L'âge d'admission à l'assurance volontaire est fixé à seize ans.

Article 24

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 61 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Le bénéfice des prestations en nature du régime unifié d'assurance maladie-maternité est acquis à l'assuré volontaire à l'issue d'un délai de trois mois suivant la date de son inscription.

La caisse retiendra comme date d'inscription, le premier jour du mois où la demande d'adhésion à l'assurance volontaire a été déposée.

Le bénéfice des prestations relatives à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites est acquis à condition que l'assurée volontaire ait été assurée sans interruption au régime unifié d'assurance maladie-maternité ou aux régimes antérieurs un an avant la date présumée de l'accouchement.

Article 25

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 62 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie. Le bénéfice de l'assurance volontaire est acquis, sans condition de stage, aux assurés qui y adhèrent dans le délai de un mois de date à date suivant la fin de la période de validité de leurs droits.

Article 26

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 63 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

En cas de non-paiement des cotisations après réception de l'appel prévu à l'article 49 de la présente délibération, l'assuré volontaire est automatiquement radié un mois après la date d'exigibilité et perd le bénéfice des prestations du régime unifié d'assurance maladie-maternité.

La radiation sera notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

L'assuré radié peut demander sa réinscription ; il sera alors soumis au délai défini à l'article 24 de la présente délibération pour bénéficier de l'assurance maladie maternité.

Article 27

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 64 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

La caisse notifie à l'assuré la date à laquelle l'assurance volontaire prend fin.

L'assuré volontaire a droit, s'il y a lieu, au remboursement du prorata des cotisations acquittées d'avance pour la période restant à courir jusqu'à la fin du trimestre.

Sous-section 7 - Les apprentis et les stagiaires de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente

Créée par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 11

Article 27-1

Créé par la délibération n°412 du 22 décembre 2002 – Art. 11

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 65-2 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les conditions d'ouverture des droits aux prestations du régime unifié d'assurance maladie maternité sont appréciées :

1°) pour les prestations en nature liées aux risques maladie, longue maladie et chirurgie, à la date des soins, à l'exception des frais d'évacuation sanitaire et d'hospitalisation pour lesquels les droits sont appréciés respectivement à la date de l'évacuation sanitaire et à la date d'entrée dans l'établissement hospitalier ;

2°) pour les indemnités journalières liées aux risques maladie, longue maladie et chirurgie, au jour de l'interruption de la formation ;

3°) pour les prestations en nature liées à la maternité, à la date présumée de la conception ou, à défaut, à la date des soins ;

4°) pour les indemnités journalières liées à la maternité, au jour de la suspension de la formation ;

5°) pour l'invalidité, à la date du début de l'incapacité ou de la constatation médicale de l'invalidité ;

6°) pour le décès, à la date du décès.

Article 27-2

Créé par la délibération n°412 du 22 décembre 2002 – Art. 11

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 65-3 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les droits de l'apprenti ou du stagiaire de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente qui cesse de remplir les conditions d'affiliation au régime unifié d'assurance maladie-maternité sont maintenus pour une durée d'un mois, de trois mois, de six mois ou d'un an à compter de la date à laquelle elles ne sont plus remplies, dès lors que les cotisations ont été versées sur une période au moins équivalente.

Sous-section 8 - Les autres catégories

Modifié par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 –Art.10

Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.

Chapitre 3 - Prestations

Section 1 - Dispositions générales

Article 27-3

Créé par la délibération n°555 du 26 mai 2026 – Art. 9

Les dispositions des articles 27-4 à 27-9 sont applicables que l'avance des frais soit à la charge de l'assuré ou qu'il bénéficie d'une dispense d'avance de frais totale ou partielle.

Dans les deux cas, les mêmes documents sont exigés pour le remboursement de l'assuré ou le paiement des actes ou prestations au professionnel ou à l'établissement responsable de leur délivrance.

NB : Conformément aux dispositions de l'article 68 de la délibération n°555 du 26 mai 2026, le présent article entre en vigueur selon le calendrier défini par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie et, au plus tard, le 1^{er} janvier 2028.

Article 27-4

Créé par la délibération n°555 du 26 mai 2026 – Art. 9

La constatation des soins et l'ouverture du droit aux prestations du régime unifié d'assurance maladie-maternité sont subordonnées à la production d'une feuille de soins en version électronique ou, dans le cas visé à l'article 27-7, sur support papier, constatant les actes effectués et les prestations servies.

Le cas échéant, l'ordonnance médicale est conservée pendant un an par le professionnel de santé.

Article 27-5

Créé par la délibération n°555 du 26 mai 2026 – Art. 9

La liste des informations contenues dans la feuille de soins est fixée par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Article 27-6

Créé par la délibération n°555 du 26 mai 2026 – Art. 9

Les professionnels et établissements dispensant les actes ou prestations remboursables transmettent les documents mentionnés à l'article 27-4 à la CAFAT ou aux mutuelles ou unions de mutuelles auxquelles ont été confié le service des prestations conformément à l'article Lp. 104 de la loi du pays n° 016 du 11 janvier 2002 susvisée.

La transmission est réalisée par voie électronique au moyen d'un procédé technique garantissant l'identification de l'émetteur, son authentification, la sécurisation des échanges et l'intégrité des données constitutives de la feuille de soins jusqu'à sa transmission.

Elle est réalisée dans un délai de trois jours ouvrés en cas d'avance des frais par l'assuré ou de huit jours ouvrés lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais totale ou partielle. Ce délai court à compter de la réalisation de la prestation ou de la délivrance de l'acte.

En cas de défaut de transmission ou de transmission hors délai, la CAFAT peut exiger du professionnel ou de l'établissement ayant dispensé les actes ou les prestations remboursables, la restitution de tout ou partie des prestations servies à l'assuré.

Lorsqu'une mutuelle assure le service des prestations conformément à l'article Lp. 104 de la loi du pays n° 016 du 11 janvier 2002 susvisée, la convention conclue entre la CAFAT et la mutuelle fixe les modalités selon lesquelles les prestations sont restituées.

Article 27-7

Créé par la délibération n°555 du 26 mai 2026 – Art. 9

Si le professionnel ou l'établissement n'est pas en mesure, pour une raison indépendante de sa volonté, de transmettre les documents mentionnés à l'article 27-4 par voie électronique, il remet une feuille de soins sur support papier à l'assuré.

Dans ce cas, la feuille de soins est signée de l'assuré et des professionnels ayant effectué les actes ou servi les prestations présentés au remboursement.

Elle est transmise à l'organisme d'assurance maladie concerné par l'assuré.

Article 27-8

Créé par la délibération n°555 du 26 mai 2026 – Art. 9

I. - Le professionnel ou l'établissement conserve un double de la feuille de soin pendant quatre-vingt-dix jours au moins. Il remet à l'assuré, sur sa demande, une copie physique de la feuille de soins signée dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 27-7.

II. - Si plus de quinze jours se sont écoulés depuis la date d'élaboration de la feuille de soins, quelle que soit sa forme, et qu'elle n'est pas parvenue aux organismes d'assurance maladie, l'assuré peut obtenir le remboursement des sommes dues en produisant le duplicata mentionné au I.

NB : Conformément aux dispositions de l'article 68 de la délibération n°555 du 26 mai 2026, le présent article entre en vigueur selon le calendrier défini par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie et, au plus tard, le 1^{er} janvier 2028.

Article 27-9

Créé par la délibération n°555 du 26 mai 2026 – Art. 9

Les feuilles de soins tiennent lieu de facturation pendant un an. Elles sont conservées par la CAFAT pendant une durée minimale de cinq ans à compter de leur réception.

Une copie est transmise au service de la Nouvelle-Calédonie compétent en matière de santé selon des modalités fixées par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Section 2 - Les prestations en nature

Sous-section 1 - Conditions générales

Article 28

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 70 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les tarifs applicables en matière d'hospitalisation sont :

- pour les établissements hospitaliers publics : ceux définis par la délibération n° 425 du 12 août 1993 relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation et la délibération n° 046 du 21 décembre 1999 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement du centre hospitalier du nord et par les arrêtés du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie relatifs aux tarifs de prestations ;

- pour les établissements hospitaliers privés : les tarifs fixés par la convention de l'hospitalisation privée conclue en application de la délibération n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins ;

- pour les structures sanitaires provinciales : les tarifs fixés par les autorités provinciales et publiés au journal Officiel de la Nouvelle-Calédonie.

Le forfait journalier est fixé à deux fois le salaire minimum garanti horaire arrondi à la centaine de francs inférieure par journée d'hospitalisation.

Article 28-1

Créé par la délibération n° 84 du 4 mai 2012 – Art. 1^{er}

Modifié par la délibération n° 24/CP du 13 novembre 2015 – Art. 1^{er}-I et II

Délibération n° 280 du 19 décembre 2001

25

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp. 72 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie :

Les médicaments sont remboursés sur présentation d'une copie de l'ordonnance médicale portant le cachet du pharmacien ayant délivré les médicaments et l'indication des quantités délivrées, accompagnée de la facture de ce dernier.

Le caractère non remboursable des médicaments prescrits doit être mentionné sur l'ordonnance par le prescripteur. Ils ne sont pas inscrits sur les documents de prise en charge et peuvent faire l'objet d'une facturation séparée à la demande du patient.

Les tarifs des médicaments délivrés dans les officines conventionnées et les officines mutualistes sont ceux prévus en application de l'article L. 593 du code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie.

Les tarifs des médicaments délivrés dans les pharmacies à usage interne des établissements de santé publique sont ceux définis par la délibération n° 425 du 12 août 1993 relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation et la délibération n° 46 du 21 décembre 1999 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement du centre hospitalier du Nord et par les arrêtés du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie relatifs aux tarifs de prestations. A défaut, le tarif correspond au prix de revient du médicament majoré de 10 %.

Article 29

*Complété par la délibération n° 24/CP du 13 novembre 2015 – Art. 1^{er}-III
Modifié par la délibération n°555 du 26 mai 2026 – Art. 10*

Pour l'application de l'article Lp. 74 de la loi du pays n° 2001-016 du 11 janvier 2002, les fournitures et appareils autres que les lunettes ou toute prothèse prescrite par un ophtalmologiste sont remboursés sur la base d'un tarif établi conventionnellement entre la caisse et les prestataires de matériels médicaux, selon des modalités fixées par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. En l'absence de convention, les tarifs sont fixés unilatéralement par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

La fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie sont assurés dans les conditions définies par l'arrêté n° 59-263/CG du 24 juillet 1959 fixant les conditions de fourniture, de réparation et de renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie en matière d'accidents du travail.

Les frais d'acquisition et de renouvellement des lunettes ou de toute autre prothèse, prescrites par un ophtalmologiste et dont l'usage est nécessaire, sont remboursés, pour les verres sur la base de tarifs de responsabilité fixés par convention passée par la caisse avec les opticiens et, pour les montures, sur la base d'un forfait fixé par le conseil d'administration de la caisse. En l'absence de convention ou pour les personnes non conventionnées, les tarifs de responsabilité applicables sont ceux fixés chaque année avant le 15 mars par le conseil d'administration de la caisse.

Dans le cadre d'un renouvellement les frais d'acquisition des verres correcteurs par l'assuré résultant de l'adaptation par les opticiens-lunetiers de prescriptions médicales initiales en application de l'article Lp. 4481-7 de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie, sont remboursés dans les conditions fixées au précédent alinéa.

Article 30

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 75 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les prestations accordées aux bénéficiaires du régime unifié d'assurance maladie-maternité comprennent le remboursement des frais de transport de l'intéressé de sa résidence habituelle à la formation sanitaire ou à l'établissement hospitalier.

Les frais de transport ne sont remboursés que si l'autorisation préalable prévue à l'article 21 nouveau de la délibération modifiée n° 145 du 29 janvier 1969 est accordée, sauf cas d'urgence.

Si l'intéressé est un enfant de moins de dix-huit ans devant subir des soins hors de la Nouvelle-Calédonie, dans le cadre des dispositions de l'article 31 nouveau, troisième alinéa de la délibération modifiée n° 145 du 29 janvier 1969, les frais de transport en avion - classe économique exclusivement - du parent (ascendant ou collatéral jusqu'au troisième degré civil) qui l'accompagne sont également remboursés sous réserve des dispositions du 1), I, de l'article 23 de la délibération n° 214/CP du 15 octobre 1997.

Le tarif de remboursement des frais de transport de l'intéressé découlant d'un moyen d'acheminement autre que l'ambulance ou le véhicule sanitaire léger est fixé par délibération du conseil d'administration de la caisse.

Article 30-1

Modifié par la délibération n°412 du 22 décembre 2002 –Art. 12

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 75 I de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

1 - Les assurés et leurs ayants droit ont droit aux prestations en nature du régime unifié d'assurance maladie maternité pour les soins ou examens médicaux dispensés ou réalisés sur le territoire de la France métropolitaine, des départements d'outre-mer, des territoires d'outre-mer ou de toute autre collectivité de la République. Les remboursements se font dans la limite des tarifs de responsabilité de la caisse du lieu des soins ou, à défaut, dans la limite des tarifs de responsabilité de la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie. Toutefois, les dispositions précédentes ne sont pas applicables si, en vertu d'accords de coordination ou de ses règles propres, la caisse du lieu des soins peut prendre en charge le malade.

2 - La caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie peut, après avis favorable du contrôle médical, procéder à la prise en charge ou, le cas échéant, au remboursement des dépenses d'hospitalisation occasionnées par les soins inopinés et urgents dispensés à l'étranger, aux assurés et à leurs ayants droit, à l'occasion d'un séjour temporaire d'une durée inférieure. Sont présumés effectuer un séjour temporaire les assurés qui conservent leur domicile fiscal en Nouvelle-Calédonie au sens des dispositions de l'article 48 du code des impôts.

Ne sont considérés comme soins inopinés et urgents que les soins et traitements en rapport avec une maladie ou un événement s'étant déclenché ou étant apparu postérieurement au départ de la Nouvelle-Calédonie et pour lequel une prise en charge immédiate a dû être délivrée, la pathologie concernée ne permettant pas d'attendre le retour en Nouvelle-Calédonie.

Le montant de la prise en charge ou du remboursement s'effectue sur la base des taux et tarifs en vigueur à la même période en Nouvelle-Calédonie et ne doit pas excéder celui qui aurait été alloué si les intéressés avaient reçu les soins en Nouvelle-Calédonie. S'il s'agit de soins non disponibles en Nouvelle-Calédonie, ce montant ne peut être supérieur aux tarifs de responsabilité de la caisse pour des soins équivalents dispensés

en Métropole. La différence reste à la charge des intéressés. Le remboursement ne doit pas excéder les dépenses effectives de l'assuré, calculées en fonction du taux de change. En cas de remboursement de dépenses payées en devises étrangères par l'assuré ou ses ayants droit, le taux de change retenu pour le calcul de ce remboursement est le taux en vigueur le jour du paiement desdites dépenses.

3 - Peuvent également donner lieu à prise en charge ou à remboursement, sous réserve que l'autorisation préalable du contrôle médical ait été accordée avant le départ de l'intéressé de Nouvelle-Calédonie ou avant leur réalisation, les soins ou examens qui ne peuvent être dispensés ou réalisés en Nouvelle-Calédonie ainsi que les séances de dialyse à l'occasion d'un séjour temporaire à l'étranger d'une durée inférieure à trois mois. La prise en charge ou le remboursement s'effectue dans les conditions définies à l'alinéa précédent.

Article 30-2

Créé par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 13

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 75 III et IV de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Le montant de l'indemnité d'hébergement est fixé forfaitairement par délibération du conseil d'administration de la caisse. Il peut varier en fonction de la destination de l'évacuation sanitaire.

Sous-section 2 - Le risque maladie

Article 31

Modifié par la délibération n°101/CP du 27 juin 2002 – Art. 7

Modifié par la délibération n°337 du 13 décembre 2002 – Art. 4

Modifié par la délibération n°280 du 12 février 2009 – Art. 4

Modifié par la délibération n° 261 du 24 janvier 2013 – Art. 1^{er} 1°

Modifié par la délibération n° 64/CP du 19 avril 2017 – Art. 6

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 76 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

La participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité est fixée à :

- . 60 % pour les frais d'honoraires des médecins, sauf pour les actes mentionnés à l'article 35 ci-dessous ;
- . 60 % pour les frais d'honoraires des chirurgiens-dentistes, sauf pour les actes mentionnés à l'article 35 ci-dessous ;
- . 60 % pour les frais d'honoraires des sages-femmes ;
- . 60 % pour les médicaments et pour les vaccins recommandés ;
- . 60 % pour les frais d'analyses et de laboratoire ;
- . 60 % pour les verres de lunettes ou toute prothèse prescrite par un ophtalmologiste ;
- . 60 % pour les transports non urgents en rapport avec une consultation ou un examen radiologique ;

- . 50 % pour les frais d'honoraires des orthophonistes et orthoptistes ;
- . 50 % lorsque l'assuré est reconnu, par le praticien conseil, atteint d'une maladie comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, pour les seuls actes et prescriptions concernant cette maladie ;
- . 20 % sans avances de frais pour les contraceptifs hormonaux et pour la pose et l'acquisition des dispositifs intra-utérins.
- . 60 % pour les frais de rééducation effectuée par les masseurs kinésithérapeutes, après entente préalable, pour les actes en rapport avec la rééducation :
- . des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique),
- . des lésions traumatiques des membres supérieurs ou inférieurs nécessitant un traitement orthopédique ;
- . de la lombalgie chronique invalidante.
- . des conséquences des affections périnéosphinctériennes (réduction périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback).

Hormis les cas énumérés à l'alinéa précédent, les transports, les actes des auxiliaires médicaux autres que les orthophonistes et orthoptistes ainsi que les fournitures et appareils ne sont remboursés que s'ils sont consécutifs à une hospitalisation, un acte de chirurgie ou de spécialité, le taux de remboursement retenu étant celui de l'hospitalisation, de l'acte de chirurgie ou de spécialité.

La participation de l'assuré en cas d'hospitalisation est fixée à 30 % pour les douze premiers jours d'hospitalisation continue.

Sous-section 3 - Le risque longue maladie

Article 32

*Modifié par la délibération n°101/CP du 27 juin 2002 –Art. 8
Modifié par la délibération n°179 du 29 mars 2006 - V –Art. 16
Modifié par la délibération n°226 du 13 décembre 2006 –Art. 1^{er}*

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 78 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

La liste des affections visées à l'article Lp 78 est établie comme suit :

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- artériopathie chronique avec manifestations cliniques ischémiques ;
- bilharziose compliquée ;

- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- hypertension artérielle sévère ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- rhumatisme articulaire aigu ;
- sclérose en plaques ;
- scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- spondylarthrite ankylosante grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active ;
- lèpre

- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Les critères médicaux utilisés pour la définition des affections prises en charge dans le cadre du risque longue maladie sont déterminés par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ou par convention entre les organismes de protection sociale et les professionnels de santé concernés.

Article 33

Modifié par la délibération n°200 du 22 août 2006 –Art. 2

Modifié par la délibération n°226 du 13 décembre 2006 –Art. 2

Modifié par la délibération n°227 du 13 décembre 2006 –Art. 1^{er}

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 79 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Dans le respect du principe du libre choix, tout assuré ou bénéficiaire reconnu atteint d'au moins une des affections mentionnées aux articles Lp 78 et Lp 80 de la loi du pays est tenu de choisir dans les deux mois suivant la reconnaissance de cette affection, un médecin dénommé « médecin référent » dans les conditions et avec les obligations définies dans les articles 33-1 à 33-3.

La participation de l'assuré en longue maladie aux tarifs de responsabilité est fixée à 10% pour les honoraires de consultation médicale.

Ces dispositions entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008.

Article 33-1

Créé par délibération n° 226 du 13 décembre 2006 – Art. 3

Le médecin référent est librement choisi par le patient parmi les médecins généralistes exerçant en secteur libéral conventionné ou salariés d'un centre de soins provincial ou mutualiste.

Toutefois, un médecin spécialiste d'une pathologie concernée exerçant en secteur libéral conventionné ou salarié du secteur public ou mutualiste peut accomplir cette tâche dans les conditions fixées par la convention médicale.

Article 33-2

Créé par délibération n° 226 du 13 décembre 2006 – Art. 3

Le médecin désigné donne son accord dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables.

Dans le cas où un assuré n'a pu obtenir l'accord d'un médecin pour assurer les fonctions de médecin référent, le comité médical paritaire mis en place dans le cadre de la convention médicale désigne, avec son accord, dans sa plus prochaine séance, un médecin généraliste salarié ou exerçant à titre libéral conventionné.

Article 33-3

Créé par délibération n° 226 du 13 décembre 2006 – Art. 3

En cas d'impossibilité d'accéder à son médecin référent et dans les conditions prévues par la convention médicale, le patient consulte le médecin de son choix.

Article 33-4

Créé par délibération n° 226 du 13 décembre 2006 – Art. 3

Le protocole de soins est établi par le médecin référent conformément aux dispositions de la convention médicale.

Lorsque l'évolution de l'état de santé du malade le justifie, le protocole est révisé.

Les actes non prévus dans le protocole de soins approuvé par le contrôle médical sont remboursés au patient dans les conditions habituelles de l'assurance maladie. Les prescriptions non prévues audit protocole sont inscrites dans la partie basse de l'ordonnance bizona et remboursées au patient dans les conditions habituelles de l'assurance maladie.

Le protocole de soins n'exclut pas la réalisation d'actes exceptionnels non prédéfinis à condition qu'ils aient recueilli l'accord préalable du contrôle médical. Ces actes peuvent alors être réglés selon le système du tiers payant.

Article 33-5

Créé par délibération n° 226 du 13 décembre 2006 – Art. 3

Dans l'intérêt de la santé publique, il est institué un carnet médical. Ce carnet contribue à une prise en charge globale de la santé du patient et favorise la continuité des soins.

Article 33-6

Créé par délibération n° 226 du 13 décembre 2006 – Art. 3

Après accord du service chargé du contrôle médical sur le protocole de soins, le patient est rendu destinataire de son carnet médical et d'une copie du protocole de soins validé par l'organisme de protection sociale concerné.

Article 33-7

Créé par délibération n° 226 du 13 décembre 2006 – Art. 3

Nul ne peut exiger la communication du carnet médical, à l'exception des médecins appelés à donner des soins aux patients et, dans l'exercice de ses missions, du service de contrôle médical de l'organisme de protection sociale dont il relève.

Le médecin référent et l'ensemble des médecins appelés à donner des soins au patient visent le carnet médical et, dans le respect des règles de déontologie qui leur sont applicables, y portent les observations nécessaires pour le suivi médical du patient.

La prise en charge par les organismes d'assurance maladie des actes et prestations effectués ou prescrits par un médecin est subordonnée, selon les modalités déterminées par la convention médicale, à l'attestation par le médecin que le carnet médical a été présenté et renseigné par ledit médecin.

Article 33-8

Créé par délibération n° 226 du 13 décembre 2006 – Art. 3

Dans l'intérêt de la santé du patient et avec son accord, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers peuvent se voir présenter son carnet médical.

Article 33-9

Créé par délibération n° 226 du 13 décembre 2006 – Art. 3

Le médecin référent établit, pour chaque patient pris en charge dans le cadre du risque longue maladie, un dossier médical.

Dans le respect des règles déontologiques applicables, les médecins et les établissements de santé publics et privés, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes communiquent au médecin référent une copie ou une synthèse des informations médicales qu'ils détiennent concernant le patient et qu'ils estiment utile d'insérer dans le dossier médical.

En cas de changement de médecin référent, le dossier médical est transmis au nouveau médecin référent par le médecin précédemment en charge.

Article 33-10

Créé par délibération n° 226 du 13 décembre 2006 – Art. 3

La procédure de dossiers et carnets médicaux s'applique également aux actes sans lien avec la longue maladie.

Article 33-11

Créé par délibération n° 226 du 13 décembre 2006 – Art. 3

La convention médicale fixe les modalités pratiques d'application du dispositif du médecin référent.

Article 34

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 80 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

La prise en charge est accordée pour une période ne pouvant excéder vingt-quatre mois sur avis du contrôle médical et éventuellement renouvelable.

L'avis du contrôle médical est rendu au vu d'un dossier médical établi par le médecin traitant comportant, outre le diagnostic précis et confirmé par les examens nécessaires, un programme thérapeutique adapté et conforme aux données acquises de la science.

Sous-section 4 - Le risque chirurgie

Article 35

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 81 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les actes de chirurgie, de spécialités et d'échographie/échotomographie/doppler prévus à la nomenclature mentionnée à l'article Lp 71 de la loi du pays seront remboursés :

- à 60 % lorsque leur cotation est supérieure à 4 et inférieure à 80 ;
- à 100 % lorsque leur cotation est égale ou supérieure à 80.

Ces coefficients sont calculés à l'acte global conformément aux dispositions de la nomenclature précitée. En cas de polytraumatismes impliquant des actes multiples, pratiqués au cours d'une même séance, les coefficients pourront être groupés pour obtenir la prise en charge nonobstant les règles de dégressivité prévues pour le calcul des honoraires par les dispositions générales de la nomenclature des actes professionnels.

Sous-section 5 - La maternité

Article 36

Modifié par la délibération n°412 du 22 décembre 2006 – Art. 13-1

Modifié par la délibération n°69/CP du 12 février 2009 – Art. 5

Modifié par la délibération n° 24/CP du 1^{er} juin 2010 – Art. 1^{er}

Complété par la délibération n° 261 du 24 janvier 2013 – Art. 1^{er} 2°

Modifié par la délibération n° 24/CP du 13 novembre 2015 – Art. 1^{er}-IV

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 82 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

La caisse prend à sa charge, conformément aux tarifs de responsabilité et dans les conditions déterminées aux articles Lp 71 et Lp 74 de la loi du pays ci-dessus :

- à 100 % : les consultations, les examens complémentaires obligatoires, les ceintures de grossesse, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité dans la limite de 8 séances consécutives et non renouvelables ;

- à 100 % : les hospitalisations dans les conditions définies à l'article 23 bis de la délibération n° 145 du 29 janvier 1969, les séances de rééducation postérieures à l'accouchement ainsi que les sondes utilisées dans le cadre de ces séances, deux séances de suivi postnatal en cas de vulnérabilité et le forfait journalier de surveillance jusqu'au 7^e jour de vie du nourrisson ;

- aux taux de prise en charge du risque maladie : les séances préparatoires à la naissance et à la parentalité et les séances de suivi postnatal non prises en charge au titre des alinéas précédents, les examens complémentaires non obligatoires, les frais pharmaceutiques et de transport ;

- à 100 % : les frais médicaux, pharmaceutiques, de transport, d'appareils, d'examen complémentaires et d'hospitalisation en cas de grossesse pathologique ou de suites de couches pathologiques confirmées par le contrôle médical de la caisse.

Section 3 - Les prestations en espèces

Modifié par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art.14

Sous-section 1 - Les prestations en espèces des travailleurs salariés et assimilés

Article 37

Réservé.

Article 37-1

Créé par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 14
Modifié par la délibération n°69/CP du 12 février 2009 – Art. 6
Modifié par la délibération n° 550 du 26 mars 2026 – Art. 2

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 83-1 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Au titre du risque maladie et chirurgie, un délai de carence est applicable.

Lors de chaque arrêt initial, le point de départ de l'indemnité journalière est fixé au :

1. 1er jour de l'incapacité de travail pour la première absence ;
2. 2e jour de l'incapacité de travail pour la deuxième absence ;
3. 3e jour de l'incapacité de travail pour la troisième absence ;
4. 4e jour de l'incapacité de travail pour la quatrième absence et les suivantes.

Délibération n° 280 du 19 décembre 2001

35

Les secteurs agricole et hôtel, bar, café, restaurant prévoient le point de départ de l'indemnité journalière par une convention collective étendue.

L'absence s'apprécie à chaque fois sur les douze derniers mois antérieurs au premier jour de l'incapacité.

Les prestations maladie, longue maladie et chirurgie consistent, à l'expiration du délai de carence lorsqu'il s'applique, en une indemnité journalière égale à la moitié de la rémunération ou du gain journalier soumis à cotisations dont l'assuré se trouve privé, du fait de la maladie ou de l'intervention chirurgicale.

Lorsque l'assuré a la charge de trois enfants au moins, l'indemnité est portée aux deux tiers.

Lorsque l'assuré, dont la rémunération ou le gain journalier est égal au salaire minimum garanti mensuel du secteur d'activité concerné ou au plafond de cotisations maladie, enregistre une perte de rémunération ou de gain totale indemnisée par la caisse et, s'il survient, postérieurement à la date d'arrêt de travail, une augmentation du salaire minimum garanti mensuel du secteur d'activité concerné ou du plafond, l'indemnité est revalorisée dans les mêmes proportions.

Lorsque l'assuré dont la rémunération ou le gain journalier est compris entre le salaire minimum garanti mensuel du secteur d'activité concerné et le plafond de cotisations maladie, enregistre une perte de rémunération ou de gain totale indemnisée par la caisse au 1^{er} avril, l'indemnité est revalorisée, dans la limite du plafond des cotisations, par l'application d'un coefficient constaté chaque année à cette date par délibération du conseil d'administration de la caisse.

Ce coefficient est obtenu en divisant l'indice moyen de cherté de vie de l'année écoulée par l'indice moyen de l'année précédant la dernière revalorisation. Le coefficient de revalorisation ne sera appliqué que si le pourcentage d'augmentation est égal ou supérieur à 1,50 %.

Au titre du risque longue maladie, la période maximale pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est fixée à trois ans de date à date. En cas d'interruption suivie, d'une reprise de travail, le délai de trois ans court à nouveau dès l'instant où la reprise du travail a été d'au moins trois mois.

Au titre des risques maladie et chirurgie, le nombre maximal d'indemnités journalières que peut recevoir l'assuré pour une période quelconque de trois ans est fixé à 360.

Article 37-1-1

Créé par la délibération n° 261 du 24 janvier 2013 – Art. 1er 3°

En application du deuxième alinéa de l'article Lp 83-1 de la loi du pays modifiée n° 2001-016 du 11 janvier 2002 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie, l'indemnisation est également accordée lorsque l'arrêt de travail est prescrit à l'occasion d'une hospitalisation, d'une évacuation sanitaire ou d'un séjour hors de Nouvelle-Calédonie, ou par un médecin spécialiste.

En application du sixième alinéa du même article, l'indemnisation est également maintenue lorsque la prolongation de l'arrêt de travail est prescrite à l'occasion d'une hospitalisation d'une évacuation sanitaire ou d'un séjour hors de Nouvelle-Calédonie, ou par un médecin spécialiste.

En dehors des cas mentionnés ci-dessus, lorsque l'arrêt de travail ou sa prolongation n'a pas été prescrit par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin référent, l'assuré doit justifier de l'impossibilité pour l'un ou l'autre de ces médecins de prescrire cet arrêt de travail ou cette prolongation. Il en apporte la preuve par tout moyen à la demande de la caisse.

Dans tous les cas, l'assuré ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel le médecin prescripteur de l'arrêt de travail ou de la prolongation n'est pas le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin référent.

Article 37-2

*Créé par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 14
Modifié par la délibération n° 59/CP du 24 février 2022 – Art. 6*

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 83-2 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

I. L'invalidité que présente l'assuré doit réduire au moins des deux tiers sa capacité de travail.

II. La demande de reconnaissance en invalidité doit être présentée dans le délai de douze mois :

1°) soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces liées aux risques maladie, longue maladie ou chirurgie,

2°) soit après stabilisation de son état dans les cas de maladie n'ayant pas donné lieu à prestations,

3°) soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

III. Les prestations invalidité sont servies sous la forme d'une pension mensuelle égale à un douzième de la pension annuelle calculée comme suit :

Pour les invalides du 1er groupe, la pension est égale à 30 % de la rémunération ou du gain journalier soumis à cotisation pendant les douze mois ayant précédé l'interruption de travail suivie d'invalidité, chaque mensualité de rémunération ou de gain étant revalorisée à l'indice de cherté de vie du mois précédant la date d'effet de la pension. Cette revalorisation est effectuée dans la limite d'un plafond fixé à 517 fois le taux horaire du salaire minimum garanti du mois précédant la date d'effet de la pension.

Lorsque l'assuré n'a pas exercé d'activité salariée durant la totalité de ladite période de douze mois, sa rémunération ou son gain annuel est reconstitué à partir de la rémunération ou du gain effectivement perçu durant cette période.

Pour les invalides du 2ème groupe, la pension est égale à 50 % de la rémunération ou du gain journalier soumis à cotisation apprécié et revalorisé ainsi qu'il est dit ci-dessus.

Pour les invalides du 3ème groupe, la pension annuelle, calculée comme pour le 2ème groupe, est majorée du salaire minimum annuel garanti.

Cette majoration n'est pas versée pendant les mois complets d'hospitalisation.

IV. Le montant cumulé de la pension d'invalidité et de la rente d'accident du travail ne peut être supérieur à la rémunération ou au gain mensuel ayant précédé l'interruption de travail suivie d'invalidité, revalorisé à l'indice de cherté de vie du mois précédant la date d'effet du cumul.

V. La pension doit être suspendue, en tout ou partie, lorsqu'il est constaté que le montant cumulé de la pension d'invalidité et de la rémunération ou du gain de l'intéressé excède, pendant deux trimestres consécutifs, la rémunération ou le gain ayant précédé l'interruption de travail suivie d'invalidité, revalorisé à l'indice de cherté de vie du mois précédant la date d'effet du cumul.

VI. La pension d'invalidité prend fin à l'âge prévu à l'article 1^{er} de la délibération n° 458 du 8 janvier 2009 portant réforme de la branche assurance vieillesse et veuvage du régime général de sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie et autres mesures d'ordre social, et ne peut être accordée à l'assuré qui a atteint cet âge.

VII. La pension d'invalidité est revalorisée par l'application d'un coefficient constaté chaque année au 1^{er} avril par délibération du conseil d'administration de la caisse. Ce coefficient est obtenu en divisant l'indice moyen de cherté de vie de l'année écoulée par l'indice moyen de l'année d'institution de la pension ou de l'année précédant la dernière revalorisation. Le coefficient de revalorisation ne sera appliqué que si le pourcentage d'augmentation est égal ou supérieur à 1,50 %.

Article 37-3

Créé par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 14

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 83-3 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Le capital décès garanti aux ayants droit de l'assuré est égal à quatre-vingt-dix fois la rémunération ou le gain journalier de la dernière paye soumise à cotisations.

Lorsque le décès intervient après une période d'arrêt de travail indemnisée par la caisse d'une durée minimum d'un an, la rémunération ou le gain servant de base au calcul du capital décès est revalorisé à l'indice de cherté de vie du mois précédant la date du décès.

Le capital est majoré de 15 % par enfant à charge de l'assuré dans la limite de 100 %.

Article 37-4

Créé par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 14

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 83-4 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

L'indemnité journalière de repos maternité est composée d'une indemnité de base et, le cas échéant, d'une indemnité complémentaire.

L'indemnité de base est égale à la moitié de la rémunération ou du gain effectivement perçu au moment de la suspension du travail.

Lorsque cette indemnité est inférieure à 517 fois le taux horaire du salaire minimum garanti, l'assurée bénéficie d'une indemnité complémentaire égale à la moitié de la rémunération ou du gain précité. Le total des deux indemnités ne doit pas dépasser 517 fois le taux horaire du salaire minimum garanti.

L'indemnité complémentaire sera diminuée, le cas échéant, du montant du dépassement.

L'indemnité journalière de repos maternité est liquidée au prorata du nombre de jours calendaires pendant lesquels le travail a été effectivement suspendu et payée selon la demande de l'intéressée soit à l'expiration de chaque mois, soit au terme des périodes antérieures et postérieures à l'accouchement.

Le prolongement du bénéfice de l'indemnité journalière est subordonné à la production des justificatifs suivants :

- un certificat médical constatant l'inaptitude à reprendre le travail à l'expiration de la durée normale du congé de maternité et établissant que cette inaptitude résulte de maladie consécutive à la grossesse ou aux couches ;

- un certificat de l'employeur attestant que le travail n'a pas été repris à l'expiration de la durée normale du congé de maternité.

Si l'employeur maintient à l'assurée tout ou partie de sa rémunération ou de son gain pendant la période de repos légal, il est subrogé de plein droit dans les droits de l'intéressée à l'indemnité journalière qui lui est due, à condition qu'il soit en règle au regard de ses obligations vis-à-vis de la caisse et que la rémunération ou le gain maintenu au cours de cette période soit au moins égal au montant de l'indemnité due par la caisse.

Le repos de l'assurée est soumis au contrôle de la caisse qui s'assure qu'elle n'a pas repris le travail et qu'elle a observé tout le repos effectif compatible avec les exigences de sa vie domestique pendant les périodes de repos prénatal et postnatal.

L'indemnité journalière de repos maternité peut être supprimée pendant la période au cours de laquelle la caisse a été mise, par le fait de l'intéressée, dans l'impossibilité d'exercer son contrôle.

Article 37-5

Créé par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 14

Réservé.

Article 37-6

Créé par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 14

Modifié par la délibération n°69/CP du 12 février 2009 – Art. 6

Modifié par la délibération n° 261 du 24 janvier 2013 – Art. 1^{er} 4°

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 83-6 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

I. L'indemnité journalière relative aux prestations maladie, longue maladie et chirurgie est égale à 1/720ème du revenu professionnel annuel moyen des trois dernières années civiles soumis à cotisations.

Lorsque la durée de cotisations ne permet pas de remplir cette condition, le revenu professionnel est retenu comme référence dans la limite du plafond de cotisations maladie de chacun des mois de la période non cotisée.

Lorsque la durée d'activité du travailleur indépendant ne permet pas de remplir les conditions précitées, le salaire minimum agricole garanti est retenu comme référence au titre de la période non travaillée.

Lorsque l'assuré a la charge de trois enfants au moins, l'indemnité journalière est portée à 1/540ème du revenu professionnel annuel moyen résultant des dispositions des alinéas précédents.

II. Au 1er avril de chaque année, l'indemnité est revalorisée, dans la limite du plafond de cotisations maladie par l'application d'un coefficient constaté chaque année à cette date par délibération du conseil d'administration de la caisse. Ce coefficient est obtenu en divisant l'indice moyen de cherté de vie de l'année

écoulée par l'indice moyen de l'année précédant la dernière revalorisation. Le coefficient de revalorisation ne sera appliqué que si le pourcentage d'augmentation est égal ou supérieur à 1,50 %.

III. Au titre du risque longue maladie, la période maximale pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est fixée à trois ans de date à date. En cas d'interruption suivie, d'une reprise de travail, le délai de trois ans court à nouveau dès l'instant où la reprise du travail a été d'au moins trois mois.

Au titre des risques maladie et chirurgie, le nombre maximal d'indemnités journalières que peut recevoir l'assuré pour une période quelconque de trois ans est fixé à 360.

Article 37-6-1

Créé par la délibération n° 261 du 24 janvier 2013 – Art. 1^{er} 5°

En application du deuxième alinéa de l'article Lp 83-6 de la loi du pays modifiée n° 2001-016 du 11 janvier 2002 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie, l'indemnisation est également accordée lorsque l'arrêt de travail est prescrit à l'occasion d'une hospitalisation, d'une évacuation sanitaire ou d'un séjour hors de Nouvelle-Calédonie, ou par un médecin spécialiste.

En application du cinquième alinéa du même article, l'indemnisation est également maintenue lorsque la prolongation de l'arrêt de travail est prescrite à l'occasion d'une hospitalisation, d'une évacuation sanitaire ou d'un séjour hors de Nouvelle-Calédonie, ou par un médecin spécialiste.

En dehors des cas mentionnés ci-dessus, lorsque l'arrêt de travail ou sa prolongation n'a pas été prescrit par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin référent, l'assuré doit justifier de l'impossibilité pour l'un ou l'autre de ces médecins de prescrire cet arrêt de travail ou cette prolongation. Il en apporte la preuve par tout moyen à la demande de la caisse.

Dans tous les cas, l'assuré ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel le médecin prescripteur de l'arrêt de travail ou de la prolongation n'est pas le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin référent.

Article 37-7

Créé par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 14

Modifié par la délibération n° 261 du 24 janvier 2013 – Art. 1^{er} 4°

Modifié par la délibération n° 59/CP du 24 février 2022 – Art. 7

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 83-7 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

I. L'invalidité que présente l'assuré doit réduire au moins des deux tiers sa capacité de travail.

II. La demande de reconnaissance en invalidité doit être présentée dans le délai de douze mois :

1°) soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces liées aux risques maladie, longue maladie ou chirurgie,

2°) soit après stabilisation de son état dans les cas de maladie n'ayant pas donné lieu à prestations,

3°) soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

III. Les prestations invalidité sont servies sous la forme d'une pension mensuelle égale à un douzième de la pension annuelle calculée comme suit :

Pour les invalides du 1er groupe, la pension est égale à 30 % du revenu professionnel annuel moyen des trois dernières années civiles soumis à cotisations ayant précédé l'interruption de travail suivie d'invalidité.

Chaque revenu annuel est revalorisé par l'application d'un coefficient obtenu en divisant l'indice de cherté de vie du mois précédant la date d'effet de la pension par l'indice de cherté de vie moyen de l'année considérée. Cette revalorisation est effectuée dans la limite d'un plafond fixé à 6.204 fois le taux horaire du salaire minimum garanti du mois précédant la date d'effet de la pension.

Lorsque la durée de cotisation ne permet pas de remplir la condition fixée à l'alinéa précédent, le revenu professionnel est retenu comme référence dans la limite d'un plafond fixé à 517 fois le taux horaire du salaire minimum garanti de chacun des mois de la période non cotisée.

Lorsque le travailleur indépendant n'a pas exercé d'activité indépendante durant la totalité de la période de trois années fixée ci-dessus, le salaire minimum agricole garanti est retenu comme référence au titre de la période non travaillée.

Pour les invalides du 2^{ème} groupe, la pension est égale à 50 % du revenu professionnel annuel moyen des trois dernières années soumis à cotisations ayant précédé l'interruption de travail suivie d'invalidité. Chaque revenu annuel est apprécié et revalorisé ainsi qu'il est précisé ci-dessus.

Pour les invalides du 3^{ème} groupe, la pension annuelle, calculée comme pour le 2^{ème} groupe, est majorée du salaire minimum annuel garanti.

Cette majoration n'est pas versée pendant les mois complets d'hospitalisation.

IV. Le montant cumulé de la pension d'invalidité et de la rente d'accident du travail ne

peut être supérieur au revenu annuel moyen ayant servi de base au calcul de la pension revalorisé par l'application d'un coefficient obtenu en divisant l'indice de cherté de vie du mois précédant la date d'effet du cumul par l'indice de cherté de vie du mois précédant la date d'effet de la pension.

V. La caisse est autorisée à récupérer auprès du travailleur indépendant la part de pension correspondant à la différence entre le montant cumulé de la pension et des ressources professionnelles sur une période d'une année civile et le revenu annuel moyen ayant servi de base au calcul de la pension revalorisé.

Cette revalorisation s'obtient par l'application d'un coefficient obtenu en divisant l'indice de cherté de vie du mois précédant la date d'effet du cumul par l'indice de cherté de vie du mois précédant la date d'effet de la pension.

VI. La pension d'invalidité prend fin à l'âge prévu à l'article 1^{er} de la délibération n° 458 du 8 janvier 2009 portant réforme de la branche assurance vieillesse et veuvage du régime général de sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie et autres mesures d'ordre social, et ne peut être accordée à l'assuré qui a atteint cet âge.

VII. La pension d'invalidité est revalorisée par l'application d'un coefficient constaté chaque année au 1^{er} avril par délibération du conseil d'administration de la caisse. Ce coefficient est obtenu en divisant l'indice moyen de cherté de vie de l'année écoulée par l'indice moyen de l'année d'institution de la pension ou de l'année précédant la dernière revalorisation. Le coefficient de revalorisation ne sera appliqué que si le pourcentage d'augmentation est égal ou supérieur à 1,50 %.

Article 37-8

*Créé par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 14
Modifié par la délibération n° 261 du 24 janvier 2013 – Art. 1^{er} 4°*

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 83-8 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Le capital décès garanti aux ayants droit de l'assuré est égal au quart du revenu professionnel annuel moyen des trois dernières années civiles d'activité dans la limite du plafond de cotisations maladie.

Lorsque la durée de cotisations ne permet pas de remplir la condition fixée à l'alinéa précédent, le revenu professionnel est retenu comme référence dans la limite du plafond de cotisations maladie de chacun des mois de la période considérée.

Lorsque le travailleur indépendant n'a pas exercé d'activité indépendante durant la totalité de la période de trois années fixée ci-dessus, le salaire minimum agricole garanti est retenu comme référence au titre de la période non travaillée.

Lorsque le décès intervient après une période d'arrêt de travail indemnisée par la caisse d'une durée minimum d'un an, le revenu professionnel servant de base au calcul du capital décès est revalorisé par l'application d'un coefficient obtenu en divisant l'indice de cherté de vie du mois précédant le décès par l'indice de cherté de vie moyen de l'année considérée. Cette revalorisation est effectuée dans la limite du plafond de cotisations maladie.

Le capital est majoré de 15 % par enfant à charge de l'assuré dans la limite de 100 %.

Article 37-9

*Créé par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 14
Modifié par la délibération n° 261 du 24 janvier 2013 – Art. 1^{er} 4°*

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 83-9 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

L'indemnité journalière de repos maternité est égale à 100 % du revenu professionnel journalier moyen soumis à cotisations des trois dernières années civiles dans la limite d'un plafond fixé à 6.204 fois le taux horaire du salaire minimum garanti du mois précédant la date de versement de l'allocation.

Lorsque la durée de cotisations ne permet pas de remplir la condition fixée à l'alinéa précédent, le revenu professionnel est retenu comme référence dans la limite d'un plafond fixé à 517 fois le taux horaire du salaire minimum garanti de chacun des mois de la période non cotisée.

Lorsque l'assurée n'a pas exercé d'activité indépendante durant la totalité de la période de trois années fixée ci-dessus, le salaire minimum agricole garanti est retenu comme référence au titre de la période non travaillée.

L'indemnité journalière de repos maternité est versée mensuellement pendant une période de quatre mois. Le versement de la première mensualité est effectué avant la fin du mois précédant la date présumée de l'accouchement.

Article 37-10

Créé par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 14

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 83-11 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les dispositions des articles 37-1 à 37-4 sont applicables aux apprentis et aux stagiaires de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente.

Chapitre 4 - Cotisations

Section 1 - Dispositions communes

Sous-section 1 - Plafond des cotisations

Article 38

Remplacé par la délibération n° 181 du 30 décembre 2011 – Art. 1 1°

"Le plafond mensuel de rémunération visé à l'article Lp. 84 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie de l'année n est fixé avant le 31 décembre de l'année n-1, à partir du plafond applicable au cours de l'année n-1. Le plafond mensuel de rémunération est indexé sur l'évolution de l'indice des prix de détail à la consommation en Nouvelle-Calédonie. Lorsque cet indice enregistre en octobre de l'année n-1, une hausse au moins égale à 0,5 % par rapport à l'indice constaté en octobre n-2, le plafond est relevé dans la même proportion. La valeur mensuelle du plafond est arrondie à la centaine de francs la plus proche. La fraction de centaine de francs égale à 50 est comptée pour 100. Le plafond mensuel de rémunération est fixé pour l'année 2012 à 5 000 000 F CFP.

Sous-section 2 - Taux de cotisations

Article 39

Modifié par la délibération n° 099/CP du 5 juin 2002 – Art. 1^{er}

Modifié par la délibération n° 337 du 13 décembre 2002 – Art. 3

Modifié par la délibération n° 412 du 22 décembre 2003 – Art. 15

Modifié par la délibération n°200 du 22 août 2006 – Art. 4

Modifié par la délibération n° 181 du 30 décembre 2011 – Art. 1 2°

Modifié par la délibération n° 471 du 28 mars 2025 – Art. 11_1

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 85 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Quel que soit le choix opéré par le travailleur indépendant, le taux de la cotisation est progressif en fonction du montant des revenus professionnels.

- Choix de l'intégration complète :

Lorsque les revenus annuels ne dépassent pas l'équivalent de 24 fois le salaire minimum garanti mensuel du mois de décembre de l'année considérée, le taux de cotisation est fixé à 5,50 %.

Pour les revenus annuels compris entre l'équivalent de 24 fois le salaire minimum garanti mensuel du mois de décembre de l'année considérée et 36 fois le salaire minimum garanti mensuel du mois de décembre de l'année considérée, le taux de cotisation est compris entre 6,5 % et 9 %, la cotisation annuelle étant calculée par application de la formule suivante :

$(\text{revenu annuel} \times 0,14) - (12 \times \text{salaire minimum garanti mensuel du mois de décembre de l'année considérée} \times 0,15)$

Pour les revenus annuels dépassant une limite équivalant à 36 fois le salaire minimum garanti mensuel du mois de décembre de l'année considérée, le taux de cotisation est fixé à 9 % jusqu'à cette limite et à 5 % pour la part de revenus comprise entre cette limite et 12 fois le plafond mensuel de rémunération fixé à l'article 38 de la présente délibération.

- Choix de l'intégration partielle :

Lorsque les revenus annuels ne dépassent pas l'équivalent de 24 fois le salaire minimum garanti mensuel du mois de décembre de l'année considérée, le taux de cotisation est fixé à 4 %.

Pour les revenus annuels compris entre l'équivalent de 24 fois le salaire minimum garanti mensuel du mois de décembre de l'année considérée et 36 fois le salaire minimum garanti mensuel du mois de décembre de l'année considérée, le taux de cotisation est compris entre 5 % et 7 %, la cotisation annuelle étant calculée par application de la formule suivante :

$(\text{revenu annuel} \times 0,125) - (12 \times \text{salaire minimum garanti mensuel du mois de décembre de l'année considérée} \times 0,15)$

Pour les revenus annuels dépassant l'équivalent de 36 fois le salaire minimum garanti mensuel du mois de décembre de l'année considérée, le taux de cotisation est fixé à 6 %.

Pour les revenus annuels dépassant une limite équivalant à 36 fois le salaire minimum garanti mensuel du mois de décembre de l'année considérée, le taux de cotisation est fixé à 7,5 % jusqu'à cette limite et à 5 % pour la part de revenus comprise entre cette limite et 12 fois le plafond mensuel de rémunération fixé à l'article 38 de la présente délibération.

Le taux de la cotisation due au titre de l'option prestations en espèces prévue à l'article Lp 50 est fixé à 0,5 %.

NB : Conformément à l'article 11_IX de la délibération n° 471 du 28 mars 2025, les modifications apportées au présent article par cette délibération s'appliquent à compter du 1^{er} avril 2025 aux revenus, rémunérations ou gains. Pour les travailleurs indépendants, il s'applique aux contributions provisionnelles dues et appelées à partir du troisième trimestre 2025.

Article 40

Modifié par la délibération n°101/CP du 27 juin 2002 –Art. 9

Modifié par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 –Art. 16

Modifié par la délibération n°200 du 22 août 2006 –Art. 4

Modifié et complété par la délibération n° 181 du 30 décembre 2011 – Art. 1 3°

Modifié par la délibération n° 34/CP du 19 avril 2016 – Art. 2

Modifié par la délibération n° 159 du 22 septembre 2016 – Art. 2

Modifié par la délibération n° 471 du 28 mars 2025 – Art. 11_III

Rectifié par erratum à la délibération n° 471 du 28 mars 2025

Modifié par la délibération n°555 du 26 mai 2026 – Art. 65-II°

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 85 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

I - Pour les travailleurs salariés et assimilés, l'assurance maladie-maternité est financée par une double cotisation patronale et salariale dont le taux est fixé à 14,52 % des rémunérations ou gains dans la limite d'une première tranche et 5 % de la part des rémunérations ou gains comprise entre cette première tranche et le plafond mensuel de rémunération fixé à l'article 38 de la présente délibération (seconde tranche).

Ces taux de cotisation sont répartis comme suit :

- pour la première tranche, 11,67 % à la charge de l'employeur et 2,85 % à la charge du salarié ;
- pour la seconde tranche, 3,75 % à la charge de l'employeur et 1,25 % à la charge du salarié.

II – [Abrogé].

III - Pour les magistrats de l'ordre judiciaire, les fonctionnaires civils de l'Etat, les militaires, les ouvriers de l'Etat, les fonctionnaires relevant des fonctions publiques territoriale et hospitalière, appelés à servir en Nouvelle-Calédonie pour une durée supérieure à 6 mois ainsi que les fonctionnaires des collectivités de la Nouvelle-Calédonie, l'assurance maladie-maternité est financée par une double cotisation patronale et salariale dont le taux est fixé à 13 % des rémunérations dans la limite d'une première tranche et 5 % de la part des rémunérations ou gains comprise entre cette première tranche et le plafond mensuel de rémunération fixé à l'article 38 de la présente délibération (seconde tranche).

Ces taux de cotisation sont répartis comme suit :

- pour la première tranche, 10,15 % à la charge de l'employeur et 2,85 % à la charge du salarié.
- pour la seconde tranche, 3,75 % à la charge de l'employeur et 1,25 % à la charge du salarié.

IV - Pour les sénateurs coutumiers, l'assurance maladie-maternité est financée par une double cotisation à la charge de la Nouvelle-Calédonie et du sénateur coutumier et dont le taux est fixé à 13 % de l'assiette de cotisations et réparti comme suit :

- . 10,15 % à la charge de la Nouvelle-Calédonie,
- . 2,85 % à la charge du sénateur coutumier.

V - Pour les maires et adjoints, l'assurance maladie-maternité est financée par une double cotisation à la charge de la commune et du maire ou de l'adjoint et dont le taux est fixé à 13 % de l'assiette de cotisations dans la limite d'une première tranche et 5 % de la part de l'assiette de cotisations comprise entre cette première tranche et le plafond mensuel de rémunération fixé à l'article 38 de la présente délibération (seconde tranche).

Ces taux de cotisation sont répartis comme suit :

- pour la première tranche, 10,15 % à la charge de la commune et 2,85 % à la charge du maire ou de l'adjoint ;
- pour la seconde tranche, 3,75 % à la charge de la commune et 1,25 % à la charge du maire ou de l'adjoint

VI - Pour les apprentis et les stagiaires de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente, le régime unifié d'assurance maladie-maternité est financé au taux de l'assurance volontaire gérée par la caisse.

La limite supérieure de la première tranche, mentionnée aux alinéas précédents, est fixée pour l'année n avant le 31 décembre de l'année n-1, à partir du montant applicable au cours de l'année n-1. Elle est indexée sur l'évolution de l'indice des prix de détail à la consommation en Nouvelle-Calédonie. Lorsque cet indice enregistre en octobre de l'année n-1, une hausse au moins égale à 0,5 % par rapport à l'indice constaté en octobre n-2, la limite supérieure de la première tranche est relevée dans la même proportion. Le montant obtenu est arrondi à la centaine de francs la plus proche. La fraction de centaine de francs égale à 50 est comptée pour 100. La limite supérieure de la première tranche est fixée à 483 600 F CFP pour 2012.

NB : Conformément aux dispositions de l'article 68 de la délibération n°555 du 26 mai 2026, les modifications apportées au présent article sont applicables aux cotisations sociales dues à compter du 1^{er} janvier 2026.

Article 40-1

Créé par la délibération n°200 du 22 août 2006 – Art. 3

Pour les travailleurs indépendants âgés de plus de soixante-cinq ans, les travailleurs indépendants retraités, leurs conjoints et concubins survivants, les bénéficiaires du régime de retraite de la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie, les bénéficiaires du régime de retraite des fonctionnaires des collectivités de la Nouvelle-Calédonie et les bénéficiaires des avantages de retraite visés au 19° de l'article 26 de la loi du pays modifiée n° 2001-016 du 11 janvier 2002, le taux de la cotisation est fixé à 1,5 %.

Sous-section 3 - Exonérations

Article 41

Le montant minimum de revenus mentionné au deuxième alinéa de l'article Lp 86 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie est fixé à six fois le salaire minimum garanti mensuel du mois de décembre de la dernière année écoulée.

Section 2 - Dispositions propres à certaines catégories d'affiliés

Sous-section 1 - Les travailleurs indépendants actifs et retraités

Article 42

Modifié par la délibération n°101/CP du 27 juin 2002 – Art. 10

Modifié par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 17

Modifié par la délibération n°69/CP du 12 février 2009 – Art. 7

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 87 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Le seuil des revenus professionnels des travailleurs indépendants visé au quatrième alinéa est fixé à douze fois le salaire minimum agricole garanti du mois de décembre de l'année considérée.

Les travailleurs indépendants dont les revenus sont inférieurs au seuil fixé à l'alinéa précédent et dès lors qu'ils justifient ne pas être bénéficiaires de l'aide médicale totale, sont redevables d'une cotisation minimum dont l'assiette est égale au salaire minimum agricole garanti, sans préjudice de la régularisation définie à l'article 43 de la présente délibération.

Si les revenus d'activité ont été réalisés au cours d'une période d'activité inférieure à une année civile, ils sont rapportés à une année entière pour déterminer l'assiette des cotisations.

Les travailleurs indépendants qui commencent l'exercice d'une activité professionnelle indépendante sont redevables de la cotisation due par les travailleurs indépendants dont l'assiette de cotisations est égale au salaire minimum agricole garanti.

Pour l'application de l'alinéa précédent, ne sont assimilées à des débuts d'activité, ni les modifications des conditions d'exercice de l'activité professionnelle indépendante, ni la reprise d'activité intervenue soit dans l'année au cours de laquelle est intervenue la cessation d'activité, soit dans l'année suivante.

D'une manière générale, en cas de désaccord avec les services de la caisse, la commission de conciliation et de recours gracieux est compétente pour statuer sur les réclamations des travailleurs indépendants.

Les travailleurs indépendants dont l'assiette s'avère nulle ou négative et qui ne sont pas redevables d'une cotisation au régime unifié d'assurance maladie-maternité à un autre titre, sont redevables de la même cotisation que celle due par les travailleurs qui commencent une activité professionnelle indépendante.

Article 42-1

Créé par la délibération n°101/CP du 27 juin 2002 – Art. 11

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 87 - 4 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Le revenu brut global annuel pris en compte pour le calcul des cotisations d'assurance maladie-maternité des travailleurs indépendants retraités et de leurs conjoints ou concubins survivants est le revenu brut global de l'année N-2 tel qu'il figure sur l'avis d'imposition.

En cas de diminution significative de leurs revenus, les travailleurs indépendants retraités et leurs conjoints ou concubins survivants peuvent demander à cotiser sur le revenu brut global estimé de l'année en cours. Le montant définitif de la cotisation pourra être régularisé au vu de l'avis d'imposition de l'année considérée.

Lorsque le travailleur indépendant retraité et son conjoint ou concubin survivant ne sont pas imposables à l'impôt sur le revenu, le taux de cotisations est appliqué aux revenus déclarés. A défaut, il est redevable de la cotisation minimum prévue à l'article 42 de la présente délibération.

Article 43

Modifié par la délibération n°101/CP du 27 juin 2002 – Art. 12

Modifié par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 18

Modifié par la délibération n° 181 du 30 décembre 2011 – Art. 1 4°

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 88 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

La caisse adresse chaque année, au plus tard le 1^{er} mars, à toutes les personnes affiliées au régime unifié d'assurance maladie-maternité, un imprimé de déclaration de ressources conforme au modèle arrêté par le gouvernement sur proposition de la caisse. Cette déclaration annuelle de ressources comporte notamment tous les renseignements utiles relatifs à l'activité ou aux activités professionnelles exercées par les intéressés.

Ces personnes sont tenues de retourner à la caisse cette déclaration dûment remplie et signée, au plus tard le 30 avril pour les travailleurs dont le régime d'imposition est le réel ou le réel simplifié et, au plus tard, le 31 mars pour les autres.

Les personnes immatriculées et affiliées d'office à la caisse au titre de l'article 9 de la présente délibération sont mises en demeure par la caisse, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, de retourner l'imprimé de déclaration de ressources dans un délai de 15 jours.

Les assurés qui ne se sont pas conformés aux obligations énoncées aux alinéas précédents sont redevables d'une cotisation fixée provisoirement par la caisse en fonction de la moyenne des ressources déclarées au titre des trois années précédentes ou, à défaut, sur la base de 24 fois la limite supérieure de la première tranche fixée à l'article 40 de la présente délibération. Lors du calcul, après renvoi de la déclaration annuelle de ressources, la cotisation effectivement due est majorée de 5 000 francs CFP à titre de sanction.

La majoration est payée à la première échéance qui suit la réception de la déclaration de ressources.

La cotisation à la charge de l'assuré est payable trimestriellement après appel de cotisations par la caisse qui informe l'assuré du montant et de l'échéance de la cotisation.

La cotisation provisionnelle est payable d'avance et répartie en quatre échéances trimestrielles fixées au 31 mars, 30 juin, 30 septembre et 31 décembre.

La fraction de la cotisation payable, à titre provisionnel, est assise sur les revenus de l'année n-2 pour les deux premiers trimestres civils et de l'année n-1 pour les deux derniers trimestres.

Il est procédé au 1^{er} juin de l'année suivante à la régularisation du montant des cotisations provisionnelles mentionnées ci-dessus sur la base des revenus de l'année à laquelle se rapporte la cotisation due.

Si le montant de la cotisation définitive est supérieur à celui des cotisations appelées à titre provisionnel, le solde doit être acquitté par l'assuré à l'échéance du 30 juin et, le cas échéant, ajouté aux sommes dues au titre de la cotisation trimestrielle provisionnelle.

Dans le cas contraire, le solde est déduit de l'échéance du 30 juin précitée.

Pour les nouveaux cotisants, la date limite de paiement de la première cotisation est fixée à la première échéance trimestrielle suivante ou, lors de l'appel de cotisations par la caisse, lorsque le début d'activité se situe au cours de la deuxième partie d'un trimestre civil. Cette première échéance doit couvrir la période d'activité la précédant ainsi que le trimestre à venir.

Nonobstant l'affiliation des travailleurs indépendants au régime unifié d'assurance maladie-maternité à compter du 1^{er} juillet 2002, les dispositions du présent article sont applicables dès l'entrée en vigueur de la présente délibération.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs indépendants retraités et à leurs conjoints ou concubins survivants.

Le paiement de la cotisation due au titre de l'option prestations en espèces s'effectue selon les mêmes modalités que la cotisation obligatoire.

Article 43-1

Créé par la délibération n°101/Cp du 27 juin 2002 –Art. 13

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 88 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les travailleurs indépendants retraités et leurs conjoints ou concubins survivants doivent adresser une demande d'affiliation à la CAFAT dès lors qu'ils remplissent les conditions prévues par les articles Lp 36 et Lp 51 ainsi que les dispositions prises pour leur application.

La cotisation à la charge de l'assuré est payable trimestriellement après appel de cotisations par la caisse qui informe l'assuré du montant et de l'échéance de la cotisation.

La cotisation est payable d'avance et répartie en quatre échéances trimestrielles fixées au 31 mars, 30 juin, 30 septembre et 31 décembre.

Pour les nouveaux cotisants, la date limite de paiement de la première cotisation est fixée à la première échéance trimestrielle suivante. Cette première échéance doit couvrir la période d'affiliation partielle la précédant ainsi que le trimestre à venir.

Pour l'exercice 2002, les cotisations dues au titre des échéances du 30 juin et du 30 septembre seront calculées sur le revenu brut global annuel de l'exercice 2000, la cotisation due au titre de l'échéance du 31 décembre étant calculée sur le revenu brut global annuel de l'année 2001.

NB : Conformément à l'article 2 de la délibération n° 23 du 17 septembre 2014, les dispositions du présent article s'appliqueront aux cotisations appelées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 43-2

Créé par la délibération n° 23 du 17 septembre 2014 – Art. 1^{er}

Par dérogation aux articles 42 et 43 de la présente délibération, la cotisation à la charge de la personne physique affiliée au régime unifié d'assurance maladie-maternité en tant que travailleur indépendant inscrit en nom propre au répertoire professionnel des sections listées par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie est appelée trimestriellement.

Elle est calculée sur les revenus perçus le trimestre civil précédent. Pour ce faire, la caisse adresse chaque trimestre une déclaration de ressources qui doit être retournée au plus tard le 15 du mois suivant la fin du trimestre concerné.

Elle est payable trimestriellement après appel de cotisations par la caisse qui informe l'assuré du montant et de l'échéance de la cotisation.

Les assurés qui ne se sont pas conformés aux obligations énoncées aux alinéas précédents sont redevables d'une cotisation fixée provisoirement par la caisse en fonction de la moyenne des ressources déclarées au titre des deux trimestres précédents ou à défaut de 6 fois la limite supérieure de la première tranche fixée à l'article 40 de la présente délibération.

Lors du calcul, après renvoi de la déclaration de ressources, la cotisation effectivement due est majorée de 5 000 F CFP à titre de sanction.

Le paiement de la cotisation due au titre de l'option prestation en espèces s'effectue selon les mêmes modalités que la cotisation obligatoire.

Cette dérogation ne vaut qu'à la condition que le travailleur indépendant n'ait pas d'activité indépendante autre que celles correspondant aux sections listées.

Article 43-3

Créé par la délibération n°401 du 20 février 2019 – Art. 2

A compter du 1^{er} juillet 2020, les travailleurs indépendants, redevables de cotisations et contributions sociales, dont les revenus annuels sont ceux mentionnés aux alinéas 10 et 12 de l'article 39 de la présente délibération, sont tenus d'effectuer par voie dématérialisée la déclaration prévue à l'article 43-2 de la présente délibération et le paiement de celle-ci. Le mode de paiement est le virement, le prélèvement ou le télévirement. Dans le cas d'un paiement par ordre de virement, ce dernier est accompagné de références dont la liste est fixée par l'arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie mentionné au I. de l'article 4-2 de la présente délibération.

Article 43-3

Créé par la délibération n° 121/CP du 5 mars 2019 – Art. 2

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp. 89 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Le manque à gagner en cotisations dû au titre de l'année N est établi sur la base des assiettes déclarées pour l'année N-2 conformément à l'article 43 et telle qu'arrêtée au 31 août de l'année N-1, affecté du taux de couverture périodique à 3 ans des travailleurs indépendants.

Les taux de référence retenus en fonction des options choisies par le travailleur indépendant sont les suivants :

- 15,15 % pour un travailleur indépendant ayant choisi l'intégration complète avec prestations en espèces,
- 14 % pour un travailleur indépendant ayant choisi l'option complète seule,
- 13,65 % pour un travailleur indépendant ayant choisi l'intégration partielle avec prestations en espèces,
- 12,5 % pour un travailleur indépendant ayant choisi l'option partielle seule.

Le montant correspondant et dû au titre de l'année N est versé par mensualité de janvier à décembre de l'année N.

Article 44

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 90 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

I. S'agissant de la notification au tiers détenteur.

Elle est effectuée par lettre recommandée et contient, à peine de nullité :

- l'indication des nom et domicile du débiteur ou l'adresse de son établissement ;
- l'indication des nom et domicile du tiers détenteur ou, s'il s'agit d'une personne morale, de sa dénomination et de son siège social ;
- l'indication de la dénomination et du siège de l'organisme créancier au bénéfice duquel l'opposition est faite ;
- les causes de l'opposition et le décompte distinct des cotisations, des majorations de retard et des pénalités pour le recouvrement desquelles l'opposition est effectuée ;
- l'indication que le tiers détenteur est personnellement tenu envers l'organisme créancier et qu'il lui est fait défense de disposer des sommes pour le recouvrement desquelles l'opposition est effectuée ;
- l'indication de l'obligation pour le tiers détenteur de communiquer immédiatement à l'organisme créancier tous renseignements et pièces justificatives relatifs à l'étendue de ses obligations à l'égard du débiteur ainsi que les modalités qui pourraient les affecter et, s'il y a lieu, les cessions de créances, délégations ou saisies antérieures.

Lorsque l'opposition porte sur les fonds détenus par un organisme public, la lettre recommandée doit, à peine de nullité, être adressée au comptable public assignataire de la dépense et contenir, outre les indications mentionnées ci-dessus, la désignation de la créance faisant l'objet de l'opposition.

II. S'agissant de la notification au débiteur.

Dans un délai de huit jours à compter de la notification de l'opposition au tiers détenteur, à peine de caducité de celle-ci, l'organisme créancier informe le débiteur de l'opposition par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La lettre recommandée contient :

- une copie de la lettre adressée au tiers détenteur ;
- l'indication que l'opposition à tiers détenteur peut être contestée devant le tribunal civil du domicile du débiteur, dans un délai de quinze jours à compter de la notification qui lui en a été faite.

Article 45

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 90 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

A défaut de paiement par le débiteur ou par le tiers sur ordre du débiteur dans les quinze jours suivant la notification faite à celui-ci, l'organisme créancier doit, dans le délai de deux mois suivant cette même notification et, à peine de caducité de l'opposition, présenter la requête pour injonction du président du tribunal compétent ou entamer toute autre procédure permettant l'obtention d'un titre exécutoire.

I. Injonction du président du tribunal compétent

a) Faute de paiement de la créance dans le délai de quinze jours, l'organisme créancier peut présenter une requête afin que le tiers détenteur remette à l'organisme, à concurrence du montant de la créance, les sommes qu'il détient pour le compte du débiteur.

La requête est portée devant le président du tribunal compétent ou de son délégué.

A peine d'irrecevabilité, la requête est formée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou remise au secrétariat du tribunal compétent contre récépissé.

b) La requête contient, à peine de nullité :

- l'indication des nom et domicile du débiteur ou l'adresse de son établissement ;
- l'indication des nom et domicile du tiers détenteur ou, s'il s'agit d'une personne morale, de sa dénomination et de son siège social ;
- l'indication de la dénomination et du siège de l'organisme créancier au bénéfice duquel l'opposition est faite ;
- les causes de l'opposition et le décompte distinct des cotisations, des majorations de retard et des pénalités pour lesquelles l'opposition est effectuée.

La requête est accompagnée des documents justificatifs.

c) Si au vu des documents produits, la demande lui paraît fondée en tout ou partie, le président du tribunal compétent rend une ordonnance portant injonction au tiers détenteur de remettre à l'organisme créancier la somme qu'il retient.

Si le président du tribunal rejette la requête ou ne la retient que pour partie, sa décision est sans recours pour l'organisme créancier, sauf à celui de procéder selon les voies de droit commun.

d) L'ordonnance portant injonction et la requête sont conservées à titre de minute au secrétariat du tribunal qui garde provisoirement les documents produits à l'appui de la requête.

En cas de rejet de la requête, celle-ci et les documents produits sont restitués au requérant.

e) L'ordonnance portant injonction est notifiée dans un délai de huit jours par le secrétariat du tribunal, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception :

- à l'organisme créancier ;
- au débiteur ;
- au tiers qui détient les fonds pour le compte du débiteur.

Lorsque la lettre recommandée n'a pu être remise au débiteur ou au tiers, le secrétariat du tribunal invite l'organisme créancier à procéder par voie de signification.

A défaut de contestation dans le délai de quinze jours de sa notification ou de sa signification, l'ordonnance est exécutoire.

En l'absence de contestation de l'ordonnance d'injonction, le tiers détenteur procède au paiement, sur la présentation par l'organisme créancier d'un certificat de non-contestation délivré à ce dernier, sur sa demande, par le secrétariat du tribunal.

L'organisme créancier qui a reçu le paiement en donne quittance au tiers détenteur et en informe le débiteur. Dans la limite des sommes versées, ce paiement éteint l'obligation du débiteur et celle du tiers détenteur.

S'il y a plusieurs créanciers et si les fonds détenus par le tiers détenteur sont insuffisants pour les satisfaire tous, il est procédé à la répartition des sommes, conformément au droit commun.

II. Contestations relatives à l'ordonnance d'injonction

a) Les contestations relatives à l'ordonnance d'injonction sont, sous réserve des deux articles suivants, instruites et jugées par le tribunal compétent.

b) Le tiers détenteur et le débiteur peuvent, dans un délai de quinze jours à compter de la date à laquelle l'ordonnance d'injonction leur a été notifiée, contester cette ordonnance par simple requête déposée contre récépissé au secrétariat du tribunal ou adressée à celui-ci par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

c) Le secrétariat du tribunal convoque, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, l'auteur ou les auteurs de la contestation ainsi que l'organisme créancier.

Il avise également de la date d'audience, par le même moyen, le débiteur ou le tiers détenteur qui n'a pas formé de contestation.

Sous-section 2 - Les sénateurs coutumiers

Article 46

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 91 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

L'assiette forfaitaire de cotisations est fixée à 200.000 francs CFP mensuels. Cette assiette de cotisations évolue dans les mêmes proportions que la valeur du point d'indice servant au calcul du traitement des fonctionnaires de la Nouvelle-Calédonie.

Sous-section 3 - Les maires et adjoints

Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.

Sous-section 4 - Les volontaires civils

Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.

Sous-section 5 - Les assurés volontaires

Article 47

Modifié par la délibération n° 181 du 30 décembre 2011 – Art. 1 5°

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 98 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

L'assiette prise en compte pour le calcul des cotisations est fixée comme suit :

- soit le montant maximum de rémunération à retenir pour le calcul de la limite supérieure de la première tranche fixée à l'article 40 de la présente délibération., lorsque les revenus dont l'intéressé est titulaire personnellement et figurant sur la dernière déclaration annuelle de revenus du demandeur, sont supérieurs à 18 fois le salaire minimum garanti du mois de décembre de l'année précédant la date de la demande,

- soit la moitié de cette valeur, lorsque les revenus dont l'intéressé est titulaire personnellement et figurant sur la dernière déclaration annuelle de revenus du demandeur, sont inférieurs ou égaux à 18 fois le salaire minimum garanti du mois de décembre de l'année précédant la date de la demande.

L'assuré est tenu de signaler à la caisse tout changement intervenu dans sa situation financière susceptible de modifier l'assiette de ses cotisations. La modification éventuelle ne pourra avoir d'effet rétroactif et ne produira effet qu'à compter du trimestre civil n'ayant pas encore fait l'objet de l'appel de cotisations.

Article 48

Modifié par la délibération n° 181 du 30 décembre 2011 – Art. 1 6°

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 98 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Le taux de cotisation à l'assurance volontaire est égal à 4,67 %.

Article 49

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 98 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Cette cotisation est payable trimestriellement, après appel des cotisations par la caisse. Elle doit être versée à la caisse dans le mois précédant le début du trimestre civil ou, pour la première échéance, dans le mois qui suit la réception de l'appel des cotisations.

Sous-section 6 - Les apprentis et les stagiaires de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente

Créée par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 19

Article 49-1

Créé par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 19

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 99-1 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

L'assiette forfaitaire de cotisations des apprentis et des stagiaires de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente est fixée au salaire minimum agricole garanti.

TITRE III - DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

Article 50

Modifié par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 20
Modifié par la loi du pays n° 2009-3 du 7 janvier 2009 – Art. 6

La durée prévue au premier alinéa de l'article Lp 6-1 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie est fixée à deux ans renouvelable une fois.

Article 51

Modifié par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 – Art. 21
Modifié par la loi du pays n° 2009-3 du 7 janvier 2009 – Art. 6

La durée prévue au deuxième alinéa de l'article Lp 6-4 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie est fixée à deux ans renouvelable une fois.

Article 51-1

Créé par délibération n° 401 du 20 février 2019 – Art. 3

Les dispositions suivantes sont prises en application des articles Lp. 104-3 et Lp. 104-4 de la loi du pays modifiée relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie :

I. La méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée entraîne l'application d'une majoration de 0,2% du montant des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée.

II. La méconnaissance de l'obligation de versement dématérialisée et/ou la méconnaissance des modalités de paiement entraînent l'application d'une majoration de 0,2% du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement.

TITRE IV - DE LA CAISSE DE COMPENSATION DES PRESTATIONS FAMILIALES, DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DE PRÉVOYANCE DES TRAVAILLEURS DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE (CAFAT)

Chapitre 1^{er} - Dispositions générales

Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.

Chapitre 2 - Le conseil d'administration et les services de la caisse

Section 1 - Le conseil d'administration

Sous-section 1 - Composition et dispositions générales

Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.

Sous-section 2 - Fonctionnement

Article 52

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 108 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les membres du bureau sont élus au scrutin secret pour un an et sont rééligibles. La présidence et la vice-présidence sont assurées alternativement, par période d'un an, par un représentant du collège « employeurs et travailleurs indépendants » et un représentant du collège « employés ». En cas de partage des voix lors de l'élection des membres du bureau, le plus jeune des candidats est déclaré élu.

Le président assure la régularité du fonctionnement de la caisse conformément aux dispositions législatives et réglementaires. Il préside les séances du conseil d'administration.

En cas d'empêchement, le président est suppléé par le vice-président.

Il signe tous les actes et délibérations du conseil.

Sans préjudice des dispositions de l'article Lp 114 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie, il représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Pour l'accomplissement de ces dernières attributions, il peut donner, sous son contrôle et sous sa responsabilité, délégation au directeur de la caisse par mandat spécial ou général.

Article 53

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 109 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président :

- en séance ordinaire, au moins une fois par trimestre ;

- en séance extraordinaire, soit à l'initiative du président, soit à la demande du tiers au moins des membres du conseil d'administration, soit à la demande du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Dans ces deux dernières hypothèses, le conseil d'administration doit être convoqué dans les quinze jours de la demande et la réunion doit se tenir dans les huit jours suivants.

La convocation est adressée par écrit quinze jours au moins à l'avance. En cas d'urgence, ce délai est ramené à trois jours par décision du président.

L'ordre du jour de la réunion du conseil d'administration est arrêté par le président sur proposition du directeur. Il est joint à la convocation, avec toute la documentation nécessaire. Les états budgétaires sont obligatoirement accompagnés d'un rapport de présentation des prévisions envisagées.

Doit obligatoirement figurer à l'ordre du jour de la plus prochaine séance ordinaire ou extraordinaire toute question dont l'inscription est demandée par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ou par le tiers au moins des membres du conseil d'administration.

Article 54

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 110 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les membres du conseil d'administration peuvent se faire représenter aux séances par un autre membre du conseil d'administration muni de pouvoirs réguliers et appartenant au même collège. Le mandataire ne peut toutefois détenir plus de deux pouvoirs.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Sous-section 3 - Compétences

Article 55

Modifié par la délibération n° 458 du 8 janvier 2009 – Art. 36

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 112 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Le conseil d'administration a notamment pour rôle réservé :

1. de voter les budgets de la gestion administrative de la caisse, de l'action sanitaire sociale et familiale, des établissements gérés par la caisse, du contrôle médical et, le cas échéant, de la prévention. A chacun de ces budgets est annexé un état limitant pour l'année le nombre d'emplois par catégorie ;

2. de voter les budgets d'opérations en capital concernant les programmes d'investissements, de subventions ou de participations financières. Ces budgets, qui font apparaître le montant total de chaque programme autorisé, doivent prévoir l'imputation des paiements correspondants dans les budgets des années où ces paiements doivent avoir lieu ;

3. de fixer les états prévisionnels en recettes et en dépenses du régime unifié d'assurance maladie-maternité ainsi que des autres branches du régime général de sécurité sociale ;

4. de délibérer sur les achats, ventes et échanges d'immeubles, les constitutions et cessions de droits réels mobiliers et immobiliers, les transactions ;

5. de délibérer sur les baux dont la durée et le montant dépassent le seuil fixé par le conseil d'administration, seuil en deçà duquel le directeur peut recevoir délégation ;
6. d'accepter les dons et legs ;
7. de contrôler l'application par le directeur et l'agent comptable des dispositions législatives et réglementaires ainsi que l'exécution de ses propres délibérations ;
8. de donner un avis au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie sur la nomination du directeur, de l'agent comptable ainsi que du praticien conseil, chef du service du contrôle médical ;
9. de proposer au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie des évolutions de la législation et de la réglementation ;
10. d'approuver les conventions d'objectifs et de gestion devant être conclues avec le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;
11. d'approuver les conventions de gestion intéressant la caisse ;
12. d'approuver le programme annuel d'action sanitaire, sociale et familiale ;
13. de délibérer sur le schéma directeur informatique de la caisse ;
14. de statuer sur les admissions en non-valeur dont le montant dépasse le seuil fixé annuellement par le conseil d'administration, seuil en deçà duquel la commission de conciliation et de recours gracieux peut recevoir délégation ;
15. de donner quitus à l'agent comptable après approbation des comptes par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;
16. d'approuver les conventions collectives et leurs avenants applicables au personnel de la caisse.

Le pouvoir de contrôle dont dispose le conseil d'administration sur le fonctionnement général de la caisse ne l'autorise pas à se substituer ou à donner des injonctions au directeur ou au praticien conseil, chef du service du contrôle médical, dans l'exercice des pouvoirs propres de décision qui sont reconnus à ces derniers par les dispositions législatives et réglementaires applicables, ni à annuler ou à réformer les décisions prises à ce titre.

Article 56

*Modifié et complété par la délibération n°412 du 22 décembre 2003 - Articles 22 et 30
Modifié par la délibération n°69/CP du 12 février 2009 – Art. 8
Modifié par la délibération n° 458 du 8 janvier 2009 – Articles 37 et 38
Modifié par la délibération n°555 du 26 mai 2026 – Art. 11*

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 113 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Les commissions issues du conseil d'administration sont paritaires et ne délibèrent valablement que si la moitié de leurs membres titulaires ou suppléants est présente. Leurs décisions sont prises à la majorité des membres et doivent être motivées. Le président de la commission a voix prépondérante en cas de partage des votes.

Le conseil d'administration crée les commissions suivantes :

Délibération n° 280 du 19 décembre 2001

58

I. La commission permanente.

Le président de la commission permanente est le président du conseil d'administration. Elle comprend en outre cinq administrateurs issus du conseil d'administration.

Elle peut prendre des décisions dans les domaines limités définis annuellement par le conseil d'administration. Elle peut déléguer au directeur, dans la limite du montant fixé par le conseil d'administration, la faculté d'accorder, en cas d'urgence, sur le fonds d'action sanitaire, sociale et familiale, des aides aux assurés de la caisse dont la situation répond aux critères définis à l'article 16 de l'arrêté modifié n° 58-389/CG du 26 décembre 1958.

Elle peut être sollicitée par le conseil d'administration pour donner un avis sur un point particulier. Elle peut être consultée par le président en cas d'urgence ; cet avis est alors présenté à la plus prochaine réunion du conseil d'administration.

II. La commission de santé.

La commission de santé, comprenant dix administrateurs issus du conseil d'administration, peut recevoir délégation pour déterminer notamment les conditions et délais dans lesquels doivent être servies les prestations en nature du régime unifié d'assurances maladie-maternité ou de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles.

III. La commission de conciliation et de recours gracieux.

La commission de conciliation et de recours gracieux comprend six administrateurs désignés annuellement par le conseil d'administration.

Nonobstant les compétences qui lui sont attribuées en application de l'article Lp 22-8 de la loi du pays modifiée n° 2001-016 du 11 janvier 2002 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie, la commission de conciliation et de recours gracieux donne son avis au conseil d'administration qui statue et notifie sa décision aux intéressés :

- en matière de cotisations, sur les demandes des employeurs et des travailleurs indépendants en appel des décisions du directeur de refus de sursis à poursuite ou de délai de paiement,

- sur le montant de la somme forfaitaire prévue à l'article 2 de la délibération n° 27 du 12 décembre 1962 en cas de non paiement par les employeurs des cotisations dues au titre de la branche vieillesse et veuvage du régime général,

- sur les demandes de remises de dettes.

Elle donne son avis au conseil d'administration qui statue sur l'admission en non-valeur des sommes restant à recouvrer passé le délai d'un an après la date d'exigibilité de la créance.

Elle est compétente pour statuer :

- en matière d'astreinte, de sanctions autres que pénales, de majorations de retard et de créances à l'égard des assurés ou des tiers, sur les demandes de remises gracieuses formulées par tout débiteur de la caisse pour les sommes dont les seuil et plafond sont fixés annuellement par le conseil d'administration ;

- sur l'admission en non-valeur telle que prévue à l'article 59-25-1 de la présente délibération des sommes restant à recouvrer passé le délai d'un an après la date d'exigibilité de la créance lorsque le montant de ces sommes ne dépasse pas le plafond fixé annuellement par le conseil d'administration.

IV. La commission de contrôle.

Le contrôle du conseil d'administration sur l'agent comptable s'exerce par l'intermédiaire d'une commission de contrôle. Cette commission comprend au moins quatre membres dont deux peuvent être des personnes étrangères à la caisse.

En aucun cas, les agents de la caisse ou d'autres organismes de sécurité sociale ainsi que les agents des organismes contrôlés ou subventionnés par lesdits organismes ne peuvent en faire partie.

La commission de contrôle a principalement la charge de vérifier la comptabilité. Elle examine les comptes annuels de gestion de l'agent comptable.

Elle est tenue de présenter au conseil d'administration un rapport sur les opérations effectuées au cours de l'année et sur la situation financière de l'organisme en fin d'année.

Ce rapport doit être annexé au compte financier. Elle procède au moins une fois par an à une vérification de caisse et de comptabilité effectuée à l'improviste.

V. La commission chômage

La commission chômage comprend deux représentants des salariés et deux représentants des employeurs issus du conseil d'administration.

Cette commission est compétente notamment dans les cas suivants :

- maintien du bénéfice des allocations de chômage total aux salariés visés au 5°) de l'article 6 de la délibération n° 533 du 2 février 1983 instituant un régime d'assurance chômage partiel et total au profit des salariés de la Nouvelle-Calédonie ;

- admission au bénéfice de l'allocation chômage des demandeurs d'emploi se trouvant dans la situation définie au f) de l'article 9 de la délibération n° 533 du 2 février 1983 précitée ;

- litige sur le point de départ du bénéfice de l'allocation chômage ;

- examen des recours formulés contre les décisions de suspension, de radiation ou d'exclusion définitive du bénéfice de l'allocation chômage.

La commission chômage statue dans un délai d'un mois à compter de sa saisine.

La commission chômage examine également les cas particuliers qui lui sont soumis par l'Agence pour l'Emploi ou la direction du travail.

Section 2 - Les services administratifs

Sous-section 1 - Le directeur

Article 57

Modifié par la délibération n° 458 du 8 janvier 2009 – Art. 39

Modifié par la délibération n°555 du 26 mai 2026 – Art. 12

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 114 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Le directeur est nommé par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, après avis du conseil d'administration.

Le directeur assure le fonctionnement de la caisse sous le contrôle du conseil d'administration et des commissions constituées au sein du conseil d'administration dans la limite des délégations qu'elles ont reçues.

Il est ordonnateur du budget de la caisse en recettes et en dépenses.

Il est responsable devant le conseil et assiste aux réunions du conseil d'administration.

Il rend compte de son activité par un rapport annuel qu'il soumet au conseil d'administration. Le conseil d'administration, après en avoir délibéré, transmet ce rapport au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Le directeur a autorité sur le personnel et fixe l'organisation du travail dans les services.

A l'exception des agents nommés par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, il nomme aux emplois, règle l'avancement, assure la discipline compte tenu des règlements en vigueur et des conventions existantes et des postes prévus dans le cadre du budget.

Le directeur peut déléguer sous sa responsabilité une partie de ses pouvoirs à certains agents de la caisse. Le directeur peut déléguer à titre permanent sa signature au directeur adjoint de la caisse ou à un ou plusieurs agents de la caisse. Cette délégation doit préciser, pour chaque délégataire, la nature des opérations qu'il peut effectuer et leur montant maximum s'il y a lieu. Il doit déposer auprès de l'agent comptable un exemplaire de sa signature et de celles des délégataires.

En matière d'astreinte, de sanctions autres que pénales, de majorations de retard et de créances à l'égard des assurés ou des tiers, le directeur statue sur les demandes de remises gracieuses formulées par tout débiteur de la caisse pour les sommes dont le montant ne dépasse pas le seuil fixé annuellement par le conseil d'administration.

En cas d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint.

En cas de vacance de poste, le gouvernement procède à la nomination d'un nouveau directeur, après avis du conseil d'administration.

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur et du directeur adjoint, les fonctions de directeur sont exercées par un agent de la caisse désigné à cet effet par le conseil d'administration sans que cette suppléance ne puisse dépasser trois mois. A l'issue de cette période et, si le directeur et le directeur adjoint sont toujours absents ou empêchés, il est procédé à la nomination d'un directeur intérimaire par arrêté du gouvernement, après avis du conseil d'administration.

Le directeur participe à la réunion des chefs de services financiers.

Sous-section 2 - L'agent comptable

Article 58

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 115 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

L'agent comptable est nommé par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, après avis du conseil d'administration de la caisse et après avis du trésorier payeur général. Il est placé sous l'autorité administrative du directeur.

Il est chargé, sous sa propre responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, de l'ensemble des opérations financières de la caisse en recettes et en dépenses et du maniement des deniers. Ses attributions et les conditions dans lesquelles sa responsabilité pécuniaire peut être mise en jeu s'exercent conformément aux dispositions des articles 59-1 à 59-78 de la présente délibération.

Toutefois, aucune sanction ne peut être prise contre lui s'il justifie avoir agi en conformité avec les dispositions de la présente délibération.

Sa gestion est garantie par un cautionnement dont le montant minimum est fixé par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Sous-section 3 - Le personnel

Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.

Chapitre 3 - Le financement de la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT)

Section 1 - Les ressources de la caisse

Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.

Section 2 - La gestion financière et comptable

Article 59

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 124 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Article 59-1

Complété par la délibération n° 21/CP du 6 mai 2010 – Art. 1^{er}

Les opérations financières et comptables visées ci-dessus qui résultent des missions qui ont été confiées à la caisse par des dispositions législatives et réglementaires concernent les recettes, les dépenses, la trésorerie et le patrimoine. Elles sont assurées par un directeur et un agent comptable.

La caisse applique un plan comptable mentionné à l'article 59-53 fondé sur le principe de la constatation des droits et obligations. Les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent, indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement.

Les produits et charges de toute nature sont rattachés à l'exercice au cours duquel est intervenu le fait générateur qui leur a donné naissance, dans les conditions prévues par le plan comptable susvisé.

Article 59-2

En qualité d'ordonnateur, le directeur engage et liquide les dépenses, constate ou liquide les créances de l'organisme sous le contrôle du conseil d'administration. Il a seul qualité pour émettre les ordres de recettes et de dépenses. Il est seul chargé des poursuites à l'encontre des débiteurs de l'organisme.

Article 59-3

Le directeur et le directeur adjoint et leurs conjoints ne peuvent assumer les fonctions d'agent comptable ou de délégué de l'agent comptable.

Sauf autorisation du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, les délégués du directeur ou leurs conjoints ne peuvent assumer les fonctions d'agent comptable ou de délégué de l'agent comptable.

Article 59-4

L'agent comptable est l'agent de direction qui est chargé, sous sa responsabilité personnelle et pécuniaire et sous le contrôle du conseil d'administration, de l'ensemble des opérations financières et comptables de l'organisme ; il est placé sous l'autorité administrative du directeur.

L'agent comptable peut se voir confier par le directeur toute mission compatible avec ses attributions.

Article 59-5

Sauf autorisation du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, l'agent comptable ne peut, dans les locaux de l'organisme, remplir les fonctions de caissier, trésorier ou comptable d'une autre institution.

Article 59-6

L'agent comptable est seul chargé dans les conditions fixées par les articles ci-après :

- de la tenue de la comptabilité de l'organisme ;
- de l'encaissement des recettes ;
- du paiement des dépenses ;
- des opérations de trésorerie ;
- de la conservation des pièces justificatives des opérations et des documents comptables.

Il a seul qualité :

- pour opérer tout maniement de fonds et valeurs ainsi que tout mouvement sur les comptes de disponibilités ;
- pour assurer la garde et la conservation des fonds et valeurs appartenant à l'organisme.

Il est responsable de la sincérité des écritures.

Toute saisie-arrêt ou opposition sur les sommes dues par la caisse, toute signification de cession de transport desdites sommes et toute autre signification ayant pour objet d'en arrêter le paiement doivent être faites entre les mains de l'agent comptable.

La caisse doit mettre à la disposition de l'agent comptable les moyens nécessaires à l'exercice de ses missions.

Article 59-7

L'agent comptable ne peut exercer ses fonctions sans avoir été installé par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ou son représentant et par le trésorier payeur général ou son représentant en présence du directeur de l'organisme.

Au préalable, il doit fournir en garantie de sa gestion un cautionnement dont le montant est fixé à l'article 59-21 de la présente délibération.

Préalablement à l'installation de l'agent comptable entrant, il est procédé à la remise de service de l'agent comptable sortant en présence du trésorier-payeur général ou de son représentant.

L'installation de l'agent comptable et la remise de service de l'agent comptable sortant donnent lieu à l'établissement d'un procès-verbal dressé contradictoirement.

L'agent comptable entrant dispose d'un délai de six mois, renouvelable une fois, pour formuler des réserves écrites, motivées de façon précise sur la gestion de son prédécesseur; il adresse ses réserves aux autorités ayant procédé à son installation et à sa remise de service.

Article 59-8

Après avoir été installé, l'agent comptable doit, sous sa responsabilité, se faire suppléer, pour tout ou partie de ses attributions, par un ou plusieurs fondés de pouvoir agréés par le conseil d'administration, munis d'une procuration régulière.

Ces procurations doivent être transmises, pour information, au directeur.

L'agent comptable peut également charger des agents de l'organisme de l'exécution de certaines opérations et, notamment, des vérifications ou des manipulations de fonds.

Les délégations données aux agents de l'organisme doivent préciser, pour chaque délégué, la nature des opérations qu'il peut effectuer et leur montant maximum.

Article 59-9

Les régisseurs et leurs suppléants sont nommés par le directeur, après avis conforme de l'agent comptable. Chargés pour le compte de l'agent comptable d'opérations d'encaissement de recettes, de paiement, de dépenses ou des opérations d'encaissement et de paiement, ils sont personnellement et pécuniairement responsables de la garde et de la conservation des fonds et valeurs qu'ils recueillent ou qui leur sont avancés,

du maniement des fonds, de la conservation des pièces justificatives ainsi que de la tenue de la comptabilité des opérations.

La responsabilité pécuniaire des régisseurs s'étend à toutes les opérations de la régie, depuis la date de leur installation jusqu'à la date de cessation de fonctions.

Article 59-10

Les régisseurs et leurs suppléants sont soumis à l'obligation de constituer un cautionnement dont le montant est fixé à l'article 59-22 de la présente délibération.

Article 59-11

Sans préjudice de tout recours ou action de droit commun, le régisseur suppléant peut être déclaré responsable des opérations effectuées par lui pour le compte du régisseur, dans la limite du montant de son cautionnement. Si le régisseur suppléant est reconnu coupable de détournement ou de malversation, sa responsabilité s'étend au montant des sommes détournées, éventuellement majorées des intérêts moratoires ainsi que des dommages et intérêts.

Article 59-12

Les régisseurs de recettes sont personnellement et pécuniairement responsables de l'encaissement des recettes dont ils ont la charge.

Ils sont également responsables des contrôles qu'ils sont tenus d'exercer en matière de recettes dans les mêmes conditions que celles qui sont prévues pour l'agent comptable de la caisse.

Article 59-13

Les régisseurs de dépenses sont personnellement et pécuniairement responsables du paiement des dépenses dont ils sont chargés.

Ils sont également responsables, dans les mêmes conditions que l'agent comptable de la caisse, des contrôles qu'ils sont tenus d'exercer en matière de dépenses. Toutefois, le contrôle des régisseurs de dépenses ne porte pas sur la disponibilité de crédits.

Article 59-14

La responsabilité d'un régisseur se trouve engagée dès lors qu'un déficit en denier ou en valeur a été constaté, qu'une dépense a été irrégulièrement payée, qu'une recette n'a pas été encaissée ou que, lors d'un contrôle de comptabilité, une rupture de l'équilibre comptable a été constatée.

Article 59-15

La responsabilité du régisseur peut être mise en jeu :

- par le directeur de la caisse, après avis de l'agent comptable ;
- par les administrations de tutelle dont dépendent les fonctionnaires habilités à effectuer les contrôles de la caisse auprès de laquelle le régisseur est placé.

Article 59-16

Le régisseur dont la responsabilité pécuniaire est mise en jeu ou engagée a l'obligation de verser immédiatement de ses deniers personnels une somme égale soit au montant de l'encaissement non effectué, soit de la dépense payée à tort, soit une somme égale au montant du déficit constaté dès lors que sa comptabilité n'est pas équilibrée, soit une somme égale au montant présumé de la fraude.

Article 59-17

Dans tous les cas où la responsabilité du régisseur a été mise en cause, un ordre de recette est établi par le directeur de la caisse, après avis de l'agent comptable, à l'encontre du régisseur et comptabilisé dans les écritures de l'organisme auprès duquel est placé le régisseur.

Sauf en cas de fraude ou de détournement du régisseur, ce dernier peut demander, dans un délai de quinze jours, au directeur de la caisse ou à l'autorité de tutelle le sursis de versement de la somme fixée à l'alinéa précédent.

La durée du sursis est limitée à un an. Elle peut être prolongée si le régisseur a demandé une décharge de responsabilité ou une remise gracieuse. Le sursis expire à la date de notification de la décision statuant sur ces demandes.

Article 59-18

La demande en décharge de responsabilité, revêtue de l'avis de l'agent comptable de l'organisme et de l'avis de l'autorité qui est à l'origine de la mise en cause, est adressée au directeur de la caisse.

Le directeur de la caisse statue, après avis de l'autorité de tutelle, dans un délai maximum de six mois et peut décider d'accorder ou de refuser la décharge totale ou partielle de responsabilité en cas de force majeure.

Article 59-19

Lorsque la décharge de responsabilité n'est pas accordée, le régisseur peut présenter au directeur de la caisse une demande de remise gracieuse, revêtue de l'avis de l'autorité qui l'a mis en cause, si sa bonne foi est établie et si sa situation patrimoniale ne lui permet pas d'acquitter sa dette sans subir une notable diminution de son niveau de vie.

La somme définitivement mise à la charge du régisseur lui est notifiée par décision du directeur de l'organisme ou de l'autorité de tutelle susvisée.

Article 59-20

Le régisseur qui a couvert de ses deniers le montant du déficit est en droit de poursuivre, à titre personnel, le recouvrement de la somme correspondante.

Les sommes allouées en décharge de responsabilité ou en remise gracieuse sont supportées par le budget de la caisse.

Dans le cas de caution solidaire fournie par une association de cautionnement mutuel, le gouvernement notifie, sur demande du directeur de la caisse ou de l'autorité de tutelle concernée, à l'association le débet constaté à la charge de ses adhérents et dont le versement incombe à celle-ci.

Dans le cas où il ne peut être procédé au recouvrement de la somme mise à la charge du régisseur, la somme en cause est admise en non-valeur par la caisse.

Dans le cas où des recouvrements sont opérés alors que le débet a été couvert, les sommes correspondantes servent à rembourser :

- par priorité l'organisme, dans la limite des sommes laissées à sa charge ;
- pour le surplus, le régisseur qui s'est acquitté d'une partie du débet.

Article 59-21

Le montant du cautionnement auquel est astreint l'agent comptable est fixé par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Article 59-22

Le montant minimum du cautionnement auquel sont tenus les agents ayant reçu délégation de l'agent comptable, pour l'ensemble de ses attributions, est fixé à une somme égale à la moitié du cautionnement minimum auquel est tenu l'agent comptable.

Article 59-23

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement de l'agent comptable, ses fonctions, limitées à trois mois, sont exercées par le fondé de pouvoir.

L'installation de l'agent comptable intérimaire s'effectue dans les conditions prévues à l'article 59-7 ci-dessus. La durée de ses fonctions est limitée à six mois renouvelable par délibération du conseil d'administration.

Article 59-24

Les opérations de recettes et de dépenses donnent lieu à l'établissement d'ordres de recette et d'ordres de dépense.

Article 59-25

Le directeur est chargé du recouvrement des cotisations, majorations de retard, astreintes et autres sanctions financières. Il est seul chargé de la liquidation et du recouvrement amiable et contentieux des autres créances.

Les ordres de recette individuels ou collectifs, établis et signés par le directeur, sont transmis, accompagnés, s'il y a lieu, des pièces justificatives, à l'agent comptable, qui les prend en charge, les date et les signe après vérification.

Les contrôles pourront être sélectifs suivant la nature de la recette.

Il est fait recette du montant intégral des produits sans contraction entre les recettes et les dépenses.

Les ordres de recette sont conservés par l'agent comptable.

Article 59-25-1

Créé par la délibération n° 458 du 8 janvier 2009 – Art. 40

L'admission en non-valeur des sommes restant à recouvrer peut être proposée par la commission de conciliation et de recours gracieux passé le délai d'un an après la date d'exigibilité des cotisations ou autres créances, dans les conditions qui suivent :

a) insolvabilité du débiteur. L'insolvabilité du débiteur doit être constatée, soit par procès-verbal de carence dressé par huissier, soit par un rapport d'enquête sociale ou par un rapport d'enquête établi par les agents de la caisse ;

b) disparition ou décès du débiteur ne laissant aucun actif saisissable ;

c) débiteur sans domicile, ni résidence, ni activité professionnelle connus ;

d) clôture des opérations de liquidation judiciaire pour insuffisance d'actif. Lorsque le jugement de clôture pour insuffisance d'actif n'est pas prononcé dans un délai de trois ans après la date d'exigibilité des cotisations ou autres créances, la commission peut proposer l'admission en non-valeur ;

e) créances inférieures à un certain montant. Pour les cotisations et autres créances inférieures à un montant fixé par délibération du conseil d'administration, l'admission en non-valeur peut être prononcée dès lors que les frais de recouvrement contentieux de la créance atteignent ce montant.

L'admission en non-valeur n'éteint pas la dette du débiteur, lequel n'a pas à être informé de la procédure lorsqu'il en est l'objet. Le recouvrement est repris si le débiteur revient à meilleure fortune ou si des informations recueillies permettent de retrouver le débiteur disparu.

Article 59-26

Remplacé par la délibération n° 21/CP du 6 mai 2010 – Art. 2

Les produits de toute nature sont rattachés à l'exercice au cours duquel est intervenu le fait générateur qui leur a donné naissance, dans les conditions prévues par le plan comptable de la caisse prévu à l'article 59-53.

Au début de chaque exercice, le directeur dispose d'un délai (période d'inventaire) pour procéder à l'émission des ordres de recette des gestions budgétaires et des gestions techniques, correspondant aux droits acquis au cours de l'exercice précédent. Ce délai est fixé à :

- . 10 jours pour les recettes des gestions budgétaires ;
- . 2 mois pour les cotisations, majorations de retard et astreintes ;
- . 1 mois pour les autres recettes des gestions techniques.

Article 59-27

Modifié par la délibération n°555 du 26 mai 2026 – Art. 13

Le directeur a seul qualité pour engager et liquider les dépenses de l'organisme dans le cadre de ses pouvoirs propres ou de la délégation qu'il a reçue du conseil d'administration.

Les ordres de dépense individuels ou collectifs, établis et signés par le directeur, sont transmis, accompagnés, s'il y a lieu, des pièces justificatives, à l'agent comptable, qui les prend en charge, les date et les vise après vérification et procède à leur règlement.

La transmission mentionnée à l'alinéa précédent peut être réalisée par voie électronique au moyen d'un procédé technique garantissant l'identification de l'émetteur, son authentification, la sécurisation des échanges et l'intégrité des données transmises.

Les ordres de dépense sont conservés de manière dématérialisée par l'agent comptable.

Article 59-28

Remplacé par la délibération n° 21/CP du 6 mai 2010 – Art. 3

Les dépenses relatives aux gestions techniques appartiennent à l'exercice au cours duquel est intervenu le fait générateur qui leur a donné naissance, dans les conditions déterminées par le plan comptable de la CAFAT prévu à l'article 59-53.

Au début de chaque exercice, le directeur dispose d'un délai de 10 jours pour constater les opérations ayant fait l'objet d'un service fait ou d'une ouverture de droits au cours de l'exercice précédent. Elles peuvent donner lieu à constitution de provisions.

Article 59-29

Modifié par la délibération n° 21/CP du 6 mai 2010 – Art. 4

Les dépenses relatives aux gestions budgétaires appartiennent à l'exercice au cours duquel est intervenu le fait générateur qui leur a donné naissance, dans les conditions prévues par le plan comptable de la CAFAT

Délibération n° 280 du 19 décembre 2001

69

prévu à l'article 59-53. Ces dépenses sont celles se rapportant aux budgets de fonctionnement de la caisse nécessitant l'approbation du conseil d'administration et celles engagées au titre des œuvres sociales.

Au début de chaque exercice, le directeur dispose d'un délai de 10 jours pour émettre les ordres de dépense des gestions budgétaires correspondant aux services faits au cours de l'exercice précédent. Elles peuvent donner lieu à constitution de provisions.

Article 59-30

Les frais et accessoires se rattachent au même exercice que la dépense principale.

Article 59-31

Les contrôles de l'agent comptable portent sur les points suivants :

- la qualité du signataire ou de son délégué ;
- la disponibilité des crédits ;
- l'exacte imputation de la dépense ;
- la validité de la créance ;
- le caractère libératoire du règlement.

Ces contrôles seront sélectifs suivant la nature de la dépense et effectués par sondage selon des critères fixés par le conseil d'administration et expressément approuvés par le gouvernement.

Article 59-32

L'agent comptable qui, à l'occasion des vérifications auxquelles il est tenu, constate une irrégularité doit surseoir au paiement et aviser le directeur de la caisse ou, pour les prestations gérées pour le compte de tiers, l'autorité qui instruit le dossier préalablement à l'engagement, la liquidation et l'ordonnancement de ces prestations.

Lorsque l'agent comptable a suspendu le paiement des dépenses, le directeur peut, par écrit et sous sa responsabilité requérir, l'agent comptable de payer.

La réquisition de paiement a pour effet d'engager la responsabilité personnelle et pécuniaire du directeur.

La responsabilité du directeur est mise en cause dans les conditions fixées par les articles 59-70 et 59-71 de la présente délibération.

Article 59-33

Lorsque, par application de l'alinéa 2 de l'article 59-32 ci-dessus, le directeur a requis l'agent comptable de payer, celui-ci défère à la réquisition, annexe à l'ordre de dépense l'original de la réquisition et en rend compte au conseil d'administration. Il doit refuser de déférer à l'ordre de réquisition dans les cas visés à l'article suivant.

Article 59-34

L'agent comptable doit refuser de déférer à l'ordre de réquisition lorsque la suspension de paiement est motivée par :

- une opposition faite entre les mains de l'agent comptable;
- la contestation sur la validité de la créance ;
- l'absence de service fait ;
- l'absence ou l'insuffisance de crédits ;
- la suspension ou l'annulation de la décision du conseil d'administration en application des dispositions relatives au contrôle de la caisse et notifiée à l'agent comptable.

Article 59-35

Les fonds et valeurs dont l'agent comptable assure la garde doivent être conservés distinctement de ceux qu'il détient à titre personnel.

Ils comprennent :

- le numéraire ;
- les effets bancaires ;
- les titres nominatifs au porteur ou à ordre et les valeurs acquises par l'organisme conformément à la réglementation en vigueur.

Ils sont suivis en comptabilité par nature d'opération. La position de ces comptes doit être conforme à l'inventaire des fonds et valeurs détenus par l'organisme.

Toute discordance entraîne la mise en jeu de la responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable.

Les manquants sont ajustés par l'agent comptable ; les excédents sont acquis à l'organisme à l'expiration des délais de prescription.

Article 59-36

L'ensemble des fonds, valeurs, deniers et tout document justificatif des opérations financières et comptables d'un organisme sont détenus en un même lieu et forment une unité de caisse.

Article 59-37

L'agent comptable a qualité pour recevoir et détenir les titres de propriété et les titres de créances. Il en assure la conservation et la garde.

Article 59-38

Les fonds libres de la caisse peuvent être déposés sur des comptes ouverts au nom de la caisse auprès du Trésor, des comptes chèques postaux, de la caisse des dépôts et consignations ou d'organismes bancaires domiciliés en Nouvelle-Calédonie.

Article 59-39

Pour les besoins liés au traitement des évacuations sanitaires sur l'Australie, la caisse peut ouvrir un compte courant auprès d'un organisme agréé domicilié dans ce pays.

Article 59-40

L'ouverture des comptes visés aux articles 59-38 et 59-39 est effectuée sur demande de l'agent comptable, après avis du directeur de l'organisme. Le trésorier-payeur général est informé de l'ouverture de ces comptes.

Article 59-41

L'agent comptable doit procéder régulièrement au rapprochement de ses écritures et de celles des établissements teneurs des comptes externes de disponibilités. Les réajustements et rectifications sont effectués sous le contrôle du conseil d'administration.

Article 59-42

L'agent comptable qui fait ouvrir un compte externe de disponibilité auprès d'un établissement non agréé commet une faute professionnelle, passible de sanction disciplinaire sans préjudice de la mise en jeu de sa responsabilité pécuniaire.

Article 59-43

L'agent comptable veille à la conservation des pièces justificatives.

Article 59-44

Les pièces justificatives des opérations des gestions budgétaires (à l'exception de celles qui se rapportent aux gestions techniques) ainsi que les registres, livres, carnets et documents comptables sont conservés pendant cinq ans après l'approbation des comptes de l'exercice.

Article 59-45

Les pièces justificatives des gestions techniques sont conservées dans les délais suivants :

- six mois après les délais de prescription de deux ans prévus pour le paiement des prestations de l'assurance maladie, de l'assurance maternité, du capital de l'assurance décès, des prestations et indemnités des accidents du travail et des prestations familiales et des allocations chômage ;

- six mois après les délais de prescription de trois ans prévus pour l'encaissement des cotisations et majorations de retard ;
- cinq ans après le décès du titulaire ou de son conjoint pour les prestations d'assurance vieillesse et invalidité.

Article 59-46

L'archivage des informations reçues et émises par la caisse peut être effectué sur tout support (magnétique, informatique, optique, microforme...).

Quel que soit le support utilisé, la reproduction du contenu intégral de l'information originale est réputée fidèle.

Article 59-47

Sous réserve de leur compétence respective, le directeur et l'agent comptable conçoivent et mettent en place, en commun, un dispositif de contrôle interne permettant de pallier les risques financiers inhérents aux missions confiées à la caisse.

Un contrôle par sondage de l'existence de procédure fiable de vérification des opérations et d'exactitude matérielle des calculs de liquidation peut être mis en place.

La mise à jour du dispositif de contrôle interne peut être effectuée par un service d'audit interne.

Article 59-48

Dès lors que l'organisme fait appel à des procédures informatisées, l'agent comptable doit veiller à la mise en œuvre d'un dispositif de contrôle permettant de prévenir les fraudes et les erreurs, compte tenu de spécificités propres à l'organisme.

Il est tenu d'exercer, sous sa responsabilité personnelle, certaines vérifications correspondant aux objectifs généraux de fiabilité :

- habilitation des personnes autorisées à saisir ou manipuler des données utilisées pour les calculs de liquidation de droits ;
- justification des données saisies ou traitées par des pièces ou supports répondant aux conditions de forme et de régularité exigées par les dispositions réglementaires en vigueur ;
- vérification de l'exactitude des traitements effectués au moyen de sondage portant sur les contrôles d'existence, de vraisemblance et de validité des opérations ;
- utilisation des données pour l'ouverture des droits et le calcul de liquidation des cotisations et prestations conformément à la législation et à la réglementation en vigueur ou aux décisions du conseil d'administration ;
- traitement de données justifiées et d'elles seules ;
- contrôle des sécurités physiques et logiques destinées à assurer l'intégrité des règles d'accès aux systèmes informatiques et sauvegarde des programmes et des fichiers.

Article 59-49

L'agent comptable doit participer à la conception des applications informatiques qui touchent aux opérations financières et comptables dont il est personnellement responsable.

Article 59-50

Le directeur et l'agent comptable de la caisse doivent valider les programmes informatiques préalablement à leur mise en service.

L'agent comptable a la possibilité de refuser la mise en place d'applications informatiques qui ne respectent pas les dispositions de la présente délibération et des textes d'application.

Il informe, par écrit, le directeur des raisons justifiant sa position.

Le directeur peut décider de passer outre ce refus ; dans ce cas, il notifie, par écrit, sa décision à l'agent comptable. L'agent comptable transmet une copie de cette décision au conseil d'administration et aux autorités qui l'ont installé.

Article 59-51

La comptabilité de la caisse a pour fonction :

- de faire apparaître la situation patrimoniale de l'organisme, active et passive ;
- de déterminer les résultats globaux de l'exercice ;
- de dégager les résultats en fin d'exercice et de les comparer aux prévisions ;
- de dégager les résultats analytiques d'exploitation.

Elle retrace les opérations des gestions budgétaires, les opérations des gestions techniques, les opérations de trésorerie, les opérations faites avec les tiers ou pour le compte de tiers, les mouvements du patrimoine de la caisse.

Article 59-52

La comptabilité générale est tenue selon le principe de la partie double. L'exercice comptable s'étend, sauf dérogation, du 1er janvier au 31 décembre.

Article 59-53

Le plan comptable de la caisse constitue un plan particulier du plan comptable général ; il est établi par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Article 59-54

L'agent comptable tient :

- la comptabilité générale ;
- éventuellement, la comptabilité des dépenses engagées ;
- la comptabilité auxiliaire des comptes cotisants ;
- la comptabilité analytique d'exploitation s'il en existe une ;
- la comptabilité de programme en tant que de besoin.

Article 59-55

L'agent comptable tient sa comptabilité à la disposition du directeur et lui fournit, sur demande, tout renseignement. Il doit être en mesure de justifier à tout instant que sa comptabilité est équilibrée.

Article 59-56

La caisse adresse au gouvernement et au trésorier-payeur général de la Nouvelle-Calédonie à la clôture de chaque exercice les balances de fin d'exercice avant et après inventaire. Sur leur demande, les balances mensuelles leur sont transmises par la caisse.

Article 59-57

Complété par la délibération n° 21/CP du 6 mai 2010 – Art. 5

Les comptes annuels comprennent :

- le bilan ;
- le compte de résultat de l'exercice pour chacune des gestions ;
- l'annexe.

Le compte financier est établi par l'agent comptable et visé par le directeur. Il est présenté par l'agent comptable au conseil d'administration accompagné du rapport établi par la commission de contrôle.

Les comptes de la CAFAT doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de son patrimoine et de sa situation financière.

Article 59-58

Les comptes annuels arrêtés par le conseil d'administration sont transmis avant le 1er juillet qui suit la fin de l'exercice, pour approbation au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Article 59-59

Le conseil d'administration ne peut délivrer de quitus à l'agent comptable qu'après approbation par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie des comptes annuels afférents aux exercices pendant lesquels il était en fonctions, y compris l'exercice au cours duquel il a cessé ses fonctions.

Article 59-60

Le contrôle du conseil d'administration sur l'agent comptable s'exerce notamment par l'intermédiaire de la commission de contrôle mentionnée à l'article 56 de la présente délibération.

Article 59-61

L'agent comptable est, en outre, soumis aux vérifications prévues par les lois et règlements en vigueur.

L'agent comptable qui refuse, soit à la commission de contrôle, soit à un vérificateur dûment habilité, de présenter sa comptabilité ou d'établir l'inventaire des fonds et valeurs est immédiatement suspendu par le gouvernement, après avis d'une commission composée du directeur des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie et du président du conseil d'administration de la caisse.

La même mesure est prise contre lui s'il est constaté une irrégularité de nature telle que sa probité puisse être mise en doute.

A l'expiration des délais visés à l'article 59-45, la production d'une pièce justificative ne peut être refusée que si la destruction résulte d'un procès-verbal signé conjointement par un administrateur, le directeur et l'agent comptable.

Article 59-62

Les agents habilités par le gouvernement ont libre accès dans tous les services et établissements relevant de la caisse. Ils doivent, lors de leurs opérations sur place et au moment même d'y procéder, en donner avis au directeur de l'organisme contrôlé.

Les agents de la caisse sont tenus de prêter leur concours à ces agents lors de leurs missions, enquêtes ou vérifications, de fournir tous renseignements et de communiquer toutes délibérations et décisions, tous contrats, conventions et marchés, tous documents, registres, livres, justifications de recettes ou de dépenses ; ils devront présenter leur caisse, leur portefeuille, leurs valeurs de toute nature, leurs titres de propriété ou de créances.

Le droit de communication comporte le droit d'obtenir copie.

Article 59-63

L'agent comptable est responsable des actes qu'il accomplit devant le conseil d'administration ainsi que devant l'autorité qui l'a nommé.

Article 59-64

Le conseil d'administration ne peut prononcer aucune sanction à son encontre si l'agent comptable a agi en conformité avec les dispositions financières et comptables énoncées dans le présent chapitre.

Article 59-65

L'agent comptable est personnellement et pécuniairement responsable de l'ensemble des opérations visées à l'article 59-6 de la présente délibération.

Article 59-66

La responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable s'étend à toutes les opérations de l'organisme dont il est comptable depuis la date de son installation jusqu'à la date de cessation de fonctions.

Elle ne peut être mise en jeu en raison de la gestion de ses prédécesseurs que pour les opérations prises en charge sans réserve lors de la remise de service ou qui n'auraient pas été contestées par le comptable entrant dans le délai fixé à l'article 59-7 de la présente délibération.

Article 59-67

Sans préjudice de tout recours ou action de droit commun, les fondés de pouvoir de l'agent comptable peuvent être déclarés responsables des opérations effectuées par eux pour le compte de l'agent comptable, dans la limite du montant de leur cautionnement, l'agent comptable supportant le surplus de la dette non couverte.

Si les fondés de pouvoir sont reconnus coupables de détournement ou de malversation, leur responsabilité s'étend au montant des sommes détournées, éventuellement majorées des intérêts moratoires ainsi que des dommages intérêts.

Article 59-68

La responsabilité pécuniaire prévue à l'article 59-66 se trouve engagée dès lors qu'un déficit ou un manquant en deniers ou en valeurs a été constaté, qu'un encaissement n'a pas été effectué, qu'une dépense a été irrégulièrement payée ou que, lors d'un contrôle de comptabilité, une rupture de l'équilibre comptable a été constatée.

Article 59-69

La responsabilité de l'agent comptable peut être mise en jeu :

- par le conseil d'administration, soit d'office, en cas de fraude, soit à la demande de la commission de contrôle après examen des comptes de l'organisme;
- par l'administration de tutelle, en cas de fraude ou en cas d'infractions aux dispositions financières et comptables énoncées dans le présent chapitre.

Article 59-70

L'agent comptable dont la responsabilité pécuniaire est mise en jeu ou engagée a l'obligation de verser immédiatement de ses deniers personnels une somme égale soit au montant de l'encaissement non effectué, soit de la dépense payée à tort, soit une somme égale au montant du déficit constaté dès lors que sa comptabilité n'est pas équilibrée conformément à l'article 59-55, soit une somme égale au montant présumé de la fraude.

En cas de fraude ou de détournement commis par un agent de la caisse, le directeur doit informer immédiatement l'autorité de tutelle. Le conseil d'administration se prononce ultérieurement sur la mise en cause de la responsabilité de l'agent comptable au vu des résultats de l'enquête de l'autorité de tutelle qui lui sont obligatoirement communiqués.

Article 59-71

Dans tous les cas où la responsabilité de l'agent comptable a été mise en cause, un ordre de recette est établi par le directeur à l'encontre de l'agent comptable et comptabilisé dans les écritures de l'organisme.

Sauf en cas de fraude ou de détournement de l'agent comptable, ce dernier peut demander, dans un délai de quinze jours, au conseil d'administration ou à l'autorité de tutelle le sursis de versement de la somme fixée à l'alinéa précédent.

La durée du sursis est limitée à un an. Elle peut être prolongée si l'agent comptable a demandé une décharge de responsabilité ou une remise gracieuse. Le sursis expire à la date de notification de la décision statuant sur ces demandes.

Article 59-72

La demande en décharge de responsabilité est adressée au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie accompagné de l'avis de l'autorité qui a mis en cause l'agent comptable.

Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie statue dans un délai maximum de six mois et peut décider :

- d'accorder ou de refuser la décharge totale ou partielle de responsabilité en cas de force majeure ;
- d'accorder la décharge partielle si la perte ou le manquant résulte du fait des fondés de pouvoir ou des délégués de l'agent comptable.

Article 59-73

Lorsque la décharge de responsabilité n'est pas accordée, l'agent comptable peut présenter au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie une demande de remise gracieuse si sa bonne foi est établie ou si sa situation patrimoniale ne lui permet pas d'acquitter sa dette sans subir une notable diminution de son niveau de vie.

La remise gracieuse peut être partielle ou totale. Elle a pour effet d'éteindre tout ou partie de la dette de l'agent comptable vis-à-vis de la caisse.

La somme définitivement mise à la charge de l'agent comptable lui est notifiée par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Article 59-74

L'agent comptable qui a couvert de ses deniers le montant du déficit est en droit de poursuivre à titre personnel le recouvrement de la somme correspondante.

Les sommes allouées en décharge de responsabilité ou en remise gracieuse sont supportées par le budget de l'organisme.

Dans le cas de caution solidaire fournie par une association de cautionnement mutuel, l'autorité de tutelle notifie à l'association les débits constatés à la charge de ses adhérents et dont le versement incombe à celle-ci.

Dans le cas où il ne peut être procédé au recouvrement de la somme mise à la charge de l'agent comptable, la somme en cause est admise en non-valeur par l'organisme.

Dans le cas où des recouvrements sont opérés alors que le débet a été couvert, les sommes correspondantes servent à rembourser :

- par priorité, l'organisme, dans la limite des sommes laissées à sa charge ;
- pour le surplus, le comptable qui s'est acquitté d'une partie du débet.

Article 59-75

Le cas échéant, simultanément à la mise en cause de la responsabilité de l'agent comptable, peut être conjointement mise en cause la responsabilité des fondés de pouvoir.

Leur responsabilité est limitée au montant de leur cautionnement ; l'agent comptable supporte le surplus de la dette non couverte.

En cas de détournement ou de malversation, leur responsabilité s'étend au montant des sommes détournées, éventuellement majorées d'intérêts moratoires ainsi que de dommages-intérêts.

Article 59-76

Les dispositions des articles 59-63 et suivants sont applicables aux fondés de pouvoir de l'agent comptable.

Chapitre 4 - Les conventions d'objectifs et de gestion - Les contrôles

Section 1 - Les conventions d'objectifs et de gestion

Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.

Section 2 - Les contrôles

Sous-section 1 - Le contrôle de tutelle

Article 60

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 129 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

1 - Les procès-verbaux des décisions du conseil d'administration et des diverses commissions sont immédiatement communiqués au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Dans les quinze jours à compter de leur réception, le gouvernement peut, dans le cas où ces décisions sont contraires aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, en prononcer l'annulation.

Lorsque les décisions sont de nature à compromettre l'équilibre financier des risques, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie peut, dans un délai de quinze jours, en suspendre l'application. Il notifie cette suspension à la caisse qui dispose d'un délai de quinze jours pour réunir le conseil d'administration ou apporter toutes les précisions jugées utiles.

A l'issue d'un délai de huit jours courant à compter de la réception de la réponse de la caisse ou de la nouvelle délibération du conseil d'administration, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie statue définitivement.

Les délais prévus au présent article sont des délais francs.

Lorsque le premier jour d'un de ces délais est un jour férié ou un samedi, le délai ne court qu'à compter du premier jour ouvrable qui suit le jour férié ou le samedi.

2 - La communication au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie des décisions du conseil d'administration doit être accompagnée de tous documents de nature à éclairer le sens et la portée des décisions prises et, notamment, des procès-verbaux des séances du conseil d'administration ou de la commission au cours desquelles lesdites décisions ont été adoptées.

Les délais d'approbation susvisés peuvent être suspendus par toute demande écrite de renseignements, informations, sollicités par les services du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie auprès des responsables de la caisse.

Sous-section 2 - Le contrôle des budgets

Article 61

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 130 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

1 - Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie peut annuler, dans un délai d'un mois, les décisions du conseil d'administration qui entraînent un dépassement des autorisations budgétaires.

2 - Si les budgets de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale, de la prévention et du contrôle médical de la caisse ou des établissements gérés par celle-ci, bien que votés par le conseil d'administration avant le 1^{er} janvier, ne sont pas en état d'être exécutés au commencement de l'année à

laquelle ils se rapportent, les dépenses ordinaires portées au dernier budget continuent à être réalisées jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau budget.

Ces crédits ne peuvent être employés chaque mois que dans la limite du douzième des crédits de l'année précédente.

Toutefois, pour les crédits en litige, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie peut fixer une proportion mensuelle inférieure.

Lorsqu'une suspension ou une annulation prononcée par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ne porte que sur des crédits inscrits à l'un des budgets susmentionnés, les dispositions du présent article ne sont applicables qu'aux crédits faisant l'objet de la suspension ou de l'annulation et jusqu'à ce qu'une nouvelle délibération du conseil d'administration les concernant soit devenue exécutoire

Sous-section 3 - Le contrôle a posteriori et l'évaluation

Pas de disposition réglementaire dans le cadre de la présente délibération.

TITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 62

Modifié par la délibération n°101/Cp du 27 juin 2002 – Art. 14

Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 140 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

L'assuré a droit et ouvre droit aux prestations prévues à l'article 1^{er} de la délibération n° 184 du 9 juillet 1991, sous réserve que la date présumée de conception se situe dans une période d'ouverture des droits à l'assurance maladie maternité telle que définie à l'article 10 de la présente délibération.

Article 63

*Modifié par la délibération n°101/Cp du 27 juin 2002 – Art. 15
Abrogé par la délibération n° 34/CP du 19 avril 2016 – Art. 2*

[Abrogé].

Article 64

L'article premier de la délibération modifiée n° 034 du 22 août 1996 portant plan de redressement du régime prévoyance de la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie est ainsi modifié :

I. Au sein de la deuxième phrase du premier tiret du deuxième alinéa, les termes « le président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ou son représentant » sont insérés après les termes « cette formation est composée ».

II. Au sein de la première phrase du deuxième tiret du deuxième alinéa, les termes « Directeur Territorial des Affaires Sanitaires et Sociales » sont remplacés par les termes « président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ou son représentant ».

Article 65

L'alinéa 3 de l'article 16 de l'arrêté modifié n° 83-661/CG du 20 décembre 1983 portant création d'un système d'identification et d'un répertoire des entreprises et des établissements est ainsi réécrit :

« Les renseignements contenus dans le répertoire et énumérés aux articles 5 et 6 sont communiqués sur leur demande au greffier du tribunal mixte de commerce chargé de la tenue du registre de commerce, à la chambre de métiers, à l'administration fiscale et à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie. Les mêmes renseignements peuvent être communiqués aux personnes inscrites, pour autant que ces renseignements les concernent. »

Article 66

Les trois derniers alinéas de l'article 42 de la délibération modifiée n° 145 du 29 janvier 1969 sont remplacés par les deux alinéas suivants :

« Le fonds de réserve du régime unifié d'assurances maladie-maternité est alimenté exclusivement par une affectation des excédents de ce régime. Son montant minimum est égal à quatre douzièmes du montant des prestations servies au cours du dernier exercice connu.

Lorsque le montant de huit douzièmes du montant des prestations servies au cours du dernier exercice connu est atteint, le conseil d'administration peut proposer soit une diminution des cotisations du régime unifié d'assurances maladie-maternité, soit une augmentation des prises en charge de ce régime. Ces propositions ne peuvent en aucun cas avoir pour effet de porter le montant de ce fonds en deçà du minimum requis. ».

Article 67

Toute correspondance adressée à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie doit être régulièrement affranchie par l'expéditeur, à l'exception des plis bénéficiant réglementairement d'une dispense d'affranchissement.

Les correspondances émanant de la caisse sont régulièrement affranchies par l'utilisation d'une machine à affranchir mise à la disposition de la caisse par l'office des postes et télécommunications et gérée dans les conditions fixées par arrêté.

Article 68

L'article 10 de la délibération n° 063 du 1^{er} août 1997 relative au régime d'assurances maladie-maternité des étudiants de Nouvelle-Calédonie est ainsi réécrit :

« L'étudiant bénéficiant de l'assurance maladie-maternité, qui acquiert en cours d'année la qualité de fonctionnaire, de travailleur indépendant ou de travailleur salarié ou assimilé est astreint, de ce fait, au précompte de sa contribution aux assurances sociales, en cette qualité, et peut prétendre au remboursement de tout ou partie de la cotisation prévue à l'article 4 de la présente délibération. ».

Article 69

Le premier alinéa de l'article 13 de la délibération n° 063 du 1^{er} août 1997 relative au régime d'assurances maladie-maternité des étudiants en Nouvelle-Calédonie est ainsi réécrit :

« Le cas échéant, les périodes d'affiliation, à quelque titre que ce soit, au régime unifié d'assurances maladie-maternité de l'étudiant ou de la personne dont il était ayant droit s'ajoutent, sans superposition, aux périodes d'affiliation en qualité d'étudiant pour l'appréciation des conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature. ».

Article 70

Sont abrogées toutes les dispositions contraires aux dispositions de la présente délibération et notamment celles figurant dans les textes suivants :

- décret modifié n° 57-245 du 24 février 1957 sur la réparation et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les territoires d'outre-mer;
- arrêté modifié n° 58-389/CG du 26 décembre 1958 portant institution d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés de la Nouvelle-Calédonie ;
- arrêté modifié n° 58-390/CG du 26 décembre 1958 portant organisation et fonctionnement de la caisse de compensation des prestations familiales de la Nouvelle-Calédonie ;
- arrêté modifié n° 58-391/CG du 26 décembre 1958 fixant le règlement intérieur de la caisse de compensation des prestations familiales de la Nouvelle-Calédonie ;
- arrêté modifié n° 58-394/CG du 26 décembre 1958 fixant les règles relatives aux opérations financières et comptables de la Caisse de Compensation des Prestations Familiales de la Nouvelle-Calédonie ;
- délibération modifiée n° 300 du 17 juin 1961 portant institution en Nouvelle-Calédonie d'un régime de prévoyance et de retraite au profit des travailleurs salariés ;
- délibération modifiée n° 145 du 29 janvier 1969 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés ;
- délibération modifiée n° 360 du 11 décembre 1981 relative à l'institution d'une prestation familiale dite « complément familial » ;
- délibération modifiée n° 533 du 2 février 1983 instituant un régime d'assurance chômage partiel et total au profit des salariés de la Nouvelle-Calédonie ;
- délibération modifiée n° 116 des 7 et 21 août 1990 relative au régime spécial d'hospitalisation des fonctionnaires.

Article 71

La présente délibération entrera en vigueur concomitamment à la date d'application de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie, sauf en ce qui concerne la modification de la délibération modifiée n° 145 du 29 janvier 1969 apportée par l'article 38, qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2002.

En 2002, et par dérogation à l'article 43 de la présente délibération, l'imprimé de déclaration de ressources, adressé par la caisse aux personnes affiliées, devra être retourné à ladite caisse au plus tard le 31 mai.

Article 72

La présente délibération sera transmise au délégué du Gouvernement, haut-commissaire de la République, au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie et publiée au Journal Officiel de la Nouvelle-Calédonie.