

PATIENT ETRANGER NON ASSURE D'UN REGIME FRANÇAIS EN SEJOUR TEMPORAIRE

1. Les textes de référence

- Conventions bilatérales de sécurité sociale :
 - o Site du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) : www.cleiss.fr.
- Règlements (CE) n°1408/71 et 574/72 de coordination des systèmes de sécurité sociale en UE-EEE-Suisse : www.cleiss.fr ;
- Code de l'action sociale et des familles :
 - o Articles [L 254-1](#) et [L 254-2](#) relatifs aux soins urgents.
- Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile :
 - o Articles [L 121-1](#), [R 121-1](#), [R 121-3](#), [R 121-4](#) et [R 121-5](#) relatifs à la définition du droit au séjour.
- Code de la santé publique :
 - o Article [R 6145-4](#) relatif au versement d'une provision.
- Circulaire DSS/DACI/2004/243 du 25 mai 2004 précisant pour les établissements de santé les conditions de mise en œuvre de la CEAM.

Il est nécessaire de distinguer les personnes en séjour temporaire régulier et les personnes en séjour temporaire irrégulier.

2. Les personnes en séjour temporaire régulier

2.1. Les assurés d'un état membre de l'UE – EEE – Suisse

2.1.1. Concernant les soins médicalement nécessaires durant le séjour

Le patient doit être titulaire d'une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ou d'un certificat provisoire de remplacement (CPR).

Les personnes couvertes par un régime de sécurité sociale d'un autre État membre de l'Union européenne, d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen (UE – EEE) ou en Suisse (assurés et membres de famille) bénéficient, en règle générale (cas particuliers : voir 2.1.2. et 2.1.3.) d'une couverture de leurs soins de santé médicalement nécessaires (ne recouvrant pas les soins programmés), reçus pendant leur séjour temporaire en France.

Pour bénéficier de cette prise en charge, les intéressés doivent présenter, lors de leur admission à l'hôpital (justification d'identité à l'appui), leur CEAM ou, à défaut, un CPR, délivrés par leur institution d'affiliation.

La CEAM (ou le CPR) permet en effet à son porteur d'être traité comme s'il était assuré d'un régime français d'assurance maladie : ainsi, la personne couverte par le régime d'un autre État membre doit n'acquitter que la part restant à la charge d'un assuré d'un régime français qui ne dispose pas d'assurance maladie complémentaire (le cas échéant : le ticket modérateur, les forfaits hospitaliers, 18 euros, etc.).

Il convient de réclamer **immédiatement** ces frais aux patients, et non de leur envoyer une facture après leur retour à l'étranger, afin d'éviter le risque de non recouvrement des montants correspondants.

La circulaire DSS/DACI/2004/243 du 25 mai 2004 précise, pour les établissements de santé, les conditions de mise en œuvre de la CEAM.

2.1.2. Concernant les soins programmés

Le patient doit être titulaire d'un E112.

Concernant un séjour pour des raisons médicales (soins programmés) dans un Etat membre (UE – EEE – Suisse), l'assuré doit présenter le formulaire E112 remis par son Etat d'affiliation, dès la prise de rendez-vous. **L'hôpital doit s'assurer de la validité du formulaire E112, lors de l'organisation du séjour et éviter toute régularisation a posteriori.** La prise en charge des frais engagés se fait alors par la CPAM de rattachement de l'hôpital, sur la base des tarifs français.

2.1.3. Le patient est dans l'impossibilité de produire un document communautaire

Pour obtenir le document prouvant l'existence de cette couverture maladie, l'établissement doit :

- Soit demander à l'assuré de contacter son institution d'affiliation étrangère en vue d'obtenir une CEAM ou un CPR ou un formulaire E112 ;
- Soit contacter directement l'institution d'affiliation étrangère ou par l'intermédiaire de la CPAM de rattachement.

Compte tenu du coût élevé des soins, il est préférable de rechercher si le patient ne dispose pas d'une couverture maladie. Si aucun document ne permet d'attester des droits du patient, ce dernier, ou ses débiteurs solidaires (☞ fiche relative à la détermination des débiteurs autres que le patient, page **Erreur ! Signet non défini.**), doivent s'acquitter des frais afférents aux soins reçus.

2.2. Les personnes couvertes dans le cadre d'une convention bilatérale

☞ [Liste des conventions bilatérales et des formulaires à présenter.](#)

Un nombre limité d'Etats sont liés à la France par des conventions bilatérales de sécurité sociale, permettant aux assurés de l'Etat de bénéficier du service des prestations de l'assurance maladie française.

- Personnes concernées : titulaires d'un formulaire conventionnel (figurant sur la liste) ;
- Les factures sont alors prises en charge par la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement pour le compte de l'Etat d'affiliation. **Il convient de vérifier à chaque fois si la convention prévoit des soins programmés, ou seulement des soins urgents, dans l'autre pays sur la base d'un formulaire conventionnel.**

2.3. Les autres personnes

2.3.1. Les ressortissants communautaires assurés à l'étranger (en dehors d'un Etat de l'UE – EEE – Suisse ou un Etat ayant signé une convention bilatérale)

Ces personnes doivent être titulaires d'une assurance privée. Les soins programmés font l'objet du versement d'une provision.

2.3.2. Les étrangers non communautaires non assurés d'un Etat membre

Ces personnes doivent être titulaires d'une assurance privée. Les soins programmés font l'objet du versement d'une provision.

N'étant pas couvertes par un régime de sécurité sociale coordonné avec le régime français, elles doivent régler l'intégralité des frais.

Cette obligation s'impose également aux ressortissants communautaires non couverts pour leurs soins de santé, à leur arrivée sur le territoire français, par un régime d'un autre Etat membre ou une assurance privée.

Tout étranger non communautaire désireux d'entrer en France, qu'il soit soumis ou non à une obligation d'obtention d'un visa, a, en application des articles [L 211-1](#) et suivants du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), l'obligation de contracter une assurance

privée couvrant ses éventuelles dépenses médicales et hospitalières, y compris d'aide sociale, qu'il pourrait exposer en France.

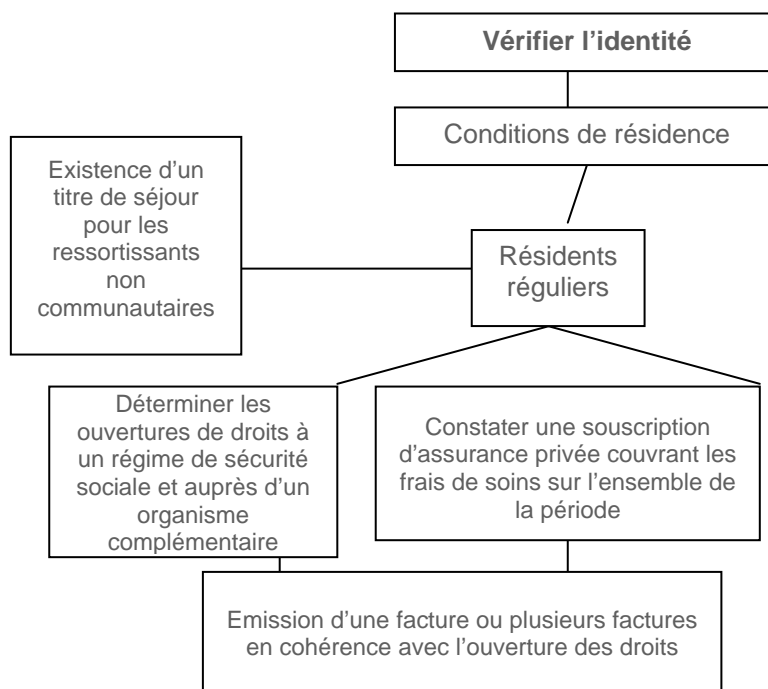
Les étrangers non communautaires peuvent bénéficier d'un visa touristique obtenu grâce à une attestation d'accueil ou un certificat d'hébergement d'une personne vivant sur le sol français. Ces documents comportent un engagement à subvenir aux besoins de l'étranger de passage. Cet engagement n'est toutefois pas recevable pour couvrir des frais d'hospitalisation (cf. fiche relative à la détermination du débiteur autre que le patient).

2.3.3. Le schéma d'instruction des dossiers

Le principe est de rechercher si le patient dispose d'une protection sociale.

A défaut d'affiliation à un régime de protection sociale et sous réserve de la détention d'une assurance privée, le patient doit régler l'intégralité de ses dépenses.

- Au moment de l'admission, s'assurer de l'identité de la personne et voir si elle réside régulièrement en France (existence d'un titre de séjour en bonne et due forme pour les ressortissants non communautaires) ;
- Déterminer les ouvertures de droits à un régime de sécurité sociale et auprès d'un organisme complémentaire (mutuelle, caisse complémentaire, etc.) ;
- Ou constatation d'une souscription d'assurance privée couvrant précisément les soins en question et sur l'ensemble de la période concernée par les soins ;
- Émission d'une facture en cohérence avec l'ouverture des droits, et le cas échéant, une facture pour le complément à l'encontre du patient.



3. Les personnes en séjour temporaire irrégulier

Aucun dispositif ne permet de couvrir les personnes en séjour temporaire en France ne disposant pas de couverture maladie auprès d'un organisme public ou privé étranger.

Il peut par exemple s'agir de touristes non soumis à l'obligation de détenir un visa et dont les conditions d'entrée et de séjour sur le territoire français qui s'imposent à eux n'ont pas été vérifiées.

En effet, les ressortissants de l'Union européenne, bien que disposant d'une liberté de circulation dans l'UE ne disposent pas pour autant d'une liberté d'installation et de résidence en France. Ils peuvent être en situation irrégulière s'ils ne possèdent pas lors de leur arrivée en France une assurance couvrant l'ensemble des risques maladie et maternité auxquels ils peuvent être exposés durant leur séjour sur le territoire (articles [L 121-1](#) et suivants du CESEDA).

Dans ces situations, les personnes doivent avancer l'intégralité des frais pour leurs soins de santé ce qui implique un risque fort de créances irrécouvrées.