

PATIENT ETRANGER NON ASSURE D'UN REGIME FRANÇAIS RESIDANT EN FRANCE

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.

Deux cas de figure doivent être distingués : les patients résidant régulièrement en France et les patients résidant irrégulièrement en France.

2. Les étrangers résidant régulièrement en France

Ces personnes répondent aux conditions posées par l'article [L 121-1](#) du CESEDA.

2.1. Les ressortissants communautaires et ressortissants d'Etats tiers assurés d'un état membre de l'UE – EEE – Suisse

- Documents à produire par les personnes concernées : carte vitale ou attestation de la CPAM ;
- Les factures sont présentées à la CPAM du lieu où la personne s'est inscrite.

NB : Les personnes titulaires d'un formulaire E 121 doivent le faire valider par la CPAM qui leur délivre une carte Vitale ou une attestation de droits, seuls documents valables pour l'établissement de santé.

Cas particulier des accidents du travail : les personnes sont titulaires d'un formulaire E123, délivré par l'organisme étranger qui a reconnu l'accident du travail.

Les personnes assurées d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen (UE - EEE) ou en Suisse bénéficient des prestations de l'assurance maladie française pour le compte de leur Etat d'affiliation, ainsi que de la dispense d'avance des frais dès lors que leurs droits sont bien établis et vérifiés.

Elles sont en général titulaires d'une carte vitale. Si tel n'est pas le cas, elles disposent d'un formulaire permettant à la CPAM compétente de prendre en charge les frais, comme si la personne était assurée d'un régime français d'assurance maladie.

2.2. Les ressortissants communautaires non assurés d'un Etat membre

- Personnes concernées : inactifs, pensionnés d'un régime étranger (lorsque la pension d'un Etat membre n'entraîne pas droit aux soins de santé), étudiants (sans droits au regard de la législation d'un autre Etat membre), titulaires d'une assurance privée.

Pour résider régulièrement en France, les ressortissants communautaires étudiants, pensionnés ou inactifs, qui ne sont pas assurés d'un régime d'un autre Etat membre, doivent être couverts par une assurance privée pour leurs soins de santé reçus sur notre territoire. Ils sont dans ce cas détenteur d'une attestation d'assurance ainsi que du contrat d'assurance.

L'hôpital doit mettre à profit la période de séjour du patient pour s'assurer de la prise en charge des frais par la compagnie d'assurance.

Pour les personnes dans l'impossibilité de justifier d'une telle assurance, elles payent la totalité de leurs frais ; elles versent une provision en cas de soins programmés.

2.3. Les assurés d'un Etat lié à la France par une convention bilatérale de sécurité sociale bénéficiant du service des prestations de l'assurance maladie française prévue par cette convention

☞ Liste des conventions bilatérales et des formulaires à présenter, page **Erreur ! Signet non défini.**

- Documents à produire par les personnes concernées : la carte Vitale, ou une attestation de droits, est délivrée pour les étrangers qui résident de façon permanente en France (ex : les pensionnés et les membres de leur famille) ;
- Les factures sont présentées à la CPAM du lieu où la personne s'est établie. Ces personnes bénéficient de la dispense d'avance des frais.

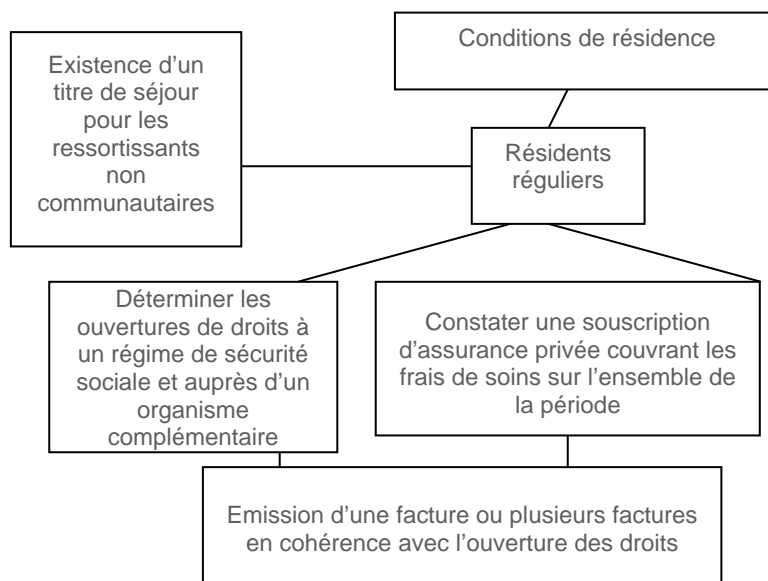
NB : si la convention ne leur permet pas de bénéficier des prestations de l'assurance maladie française, les personnes concernées doivent être titulaires d'une assurance privée.

2.4. 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. L'hôpital peut aussi se retourner vers les débiteurs solidaires (cf. fiche relative à la détermination du débiteur autre que le patient).

- Au moment de l'admission, s'assurer de l'identité de la personne et s'informer, dans la mesure du possible, des conditions de résidence en France ;
- Déterminer les ouvertures de droits à un régime de sécurité sociale et auprès d'un organisme complémentaire (mutuelle, caisse complémentaire ...) ;
- 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 de factures en cohérence avec l'ouverture des droits, et le cas échéant, une facture à l'encontre du patient ou de ses débiteurs solidaires.



3. Les personnes résidant irrégulièrement en France

Ces personnes ne répondent pas aux conditions posées par l'article [L 121-1](#) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA). Des dispositifs spécifiques peuvent alors être mis en œuvre dans certaines conditions.

3.1. Dispositif des soins urgents pour les personnes en France depuis moins de 3 mois

☞ Fiche « [Soins urgents](#) ».

3.2. Dispositif de l'aide médicale de l'état pour les personnes en France depuis plus de 3 mois

☞ Fiche « [Aide médicale de l'Etat](#) ».

3.3. Les personnes en centre de rétention

Les personnes retenues ou en instance de reconduite à la frontière peuvent, si leur état nécessite des soins médicaux, être prises en charge au titre de l'AME.

☞ Fiche « [Centres de rétention administrative](#) ».