

REFERENTIEL REGLEMENTAIRE

PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS AUX ETRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIERE

LA PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS AUX ETRANGERS EN SITUATION IRREGULIERE

Les principes régissant le dispositif :

Le dispositif de prise en charge des soins urgents, tel qu'il figure à l'article L.254-1 du code de l'action sociale et des familles, s'adresse **aux étrangers résidant en France qui ne peuvent prétendre :**

- ni à la couverture maladie universelle,
- ni à l'Aide médicale de l'Etat.

Ces soins sont accordés aux étrangers résidant de manière irrégulière en France et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale d'État, dans la plupart des cas notamment parce qu'ils ne peuvent satisfaire aux conditions de résidence.

Cette procédure n'offre à son bénéficiaire que des prestations limitées.

La Loi les limite aux «soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître», dispensés dans les établissements de santé, publics ou privés, soit dans le cadre d'une hospitalisation soit dans le cadre des actes et consultations externes, y compris la délivrance des médicaments.

Cette définition est de nature à limiter le périmètre des prestations prises en charge, mais son application repose principalement sur l'appréciation des médecins hospitaliers

La prise en charge des dépenses de soins urgents est assurée par l'Etat, dans le cadre d'une dotation forfaitaire à l'Assurance Maladie.

Elle ne s'applique pas aux étrangers de passage titulaire d'un visa de court séjour.

SOMMAIRE

1. LES TEXTES DE REFERENCES	4
1.1 LA LOI	4
1.2. LES CODES	4
1.3. LES TEXTES INFRA-REGLEMENTAIRES	4
1.3.1. Les circulaires de la Direction de la Sécurité Sociale	4
1.3.2. Les principales lettres réseau de la CNAMTS.....	5
1.4. LA JURISPRUDENCE	5
2. LES BENEFICIAIRES	5
2.1. LES TITULAIRES DE VISA DE COURT SEJOUR EXCLUS DES SOINS URGENTS	6
2.2. LES ETRANGERS RESSORTISSANTS D'ÉTATS TIERS A L'EEE	6
2.3. LES ETRANGERS RESSORTISSANTS DE L'UE/EEE/SUISSE	7
3. LES SOINS EN PRIS EN CHARGE	7
3.1. LA DEFINITION LEGALE	7
3.2. LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE DES SOINS URGENTS	8
3.2.1. Soins dispensés en établissements de santé.....	8
3.2.2. Prise en charge des médicaments	8
3.3. LES SOINS DELIVRES AUX MINEURS.....	9
3.4. LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES FACTURATIONS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	9
3.4.1. La procédure applicable dans les établissements de santé.....	9
3.4.2. Les services administratifs des caisses	10
3.5. Le contrôle médical	11

1. LES TEXTES DE REFERENCES

1.1 LA LOI

Le dispositif des soins urgents a été introduit dans notre législation par la [Loi n° 2003-1312 de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003](#), cette même loi fixant une condition de résidence ininterrompue de trois mois sur le sol français pour bénéficier de l'AME.

Les dispositions législatives relatives aux soins urgents sont insérées au [titre V « Personnes non bénéficiaires de la couverture maladie universelle »](#) du code de l'action sociale et des familles.

La [Loi de financement de la sécurité sociale pour 2008](#) accorde au service du contrôle médical une compétence générale en matière d'AME, permettant notamment l'analyse de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins et la possibilité de suspendre le service des prestations non justifiées médicalement.

1.2. LES CODES

[Code de l'action sociale et des familles](#) : Article L 254-1 (soins urgents)

[Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile](#) : article L 121

[Code de la Sécurité Sociale](#): art L.315-1, L.321-1 et L.3331-2

1.3. LES TEXTES INFRA-REGLEMENTAIRES

1.3.1. Les circulaires de la DHOS et de Direction de la Sécurité Sociale

- [Circulaire DHOS/DSS/DGAS n°2005-141 du 16 mars 2005](#) relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (art. L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'art. 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003).
- [Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008](#) modifiant la [circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005](#) relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat Les enfants mineurs des personnes étrangères en situation irrégulière qui ne remplissent pas la condition de 3 mois de résidence en France sont inscrits sans délai au dispositif de l'AME.
- [Circulaire DHOS/F4 n° 2008-150 du 2 mai 2008](#) relative à la facturation et au paiement des soins urgents délivrés en 2007 et 2008 à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles).

1.3.2. Les principales lettres réseau de la CNAMTS

- [LR-DDO-166/2010b du 12/08/2010](#) Mise en place d'une enquête sur l'évaluation des soins urgents (au sens de l'article L254-1 du code de l'action sociale et des familles).
- [LR-DDO-204/2008 du 05/11/2008](#) Modalités de suivi statistique des soins urgents mentionnés à l'article L.254-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.
- [LR-DDGOS-7/2005 du 07/11/2005](#) Modalités de prise en charge des soins urgents.

1.4. LA JURISPRUDENCE

Arrêt AIDES

Arrêt n° 285576,
Conseil d'Etat du
7/06/2006 (sur la prise
en charge des enfants)

CCAS,
27/06/2006, n° 051413

Observations

Les mineurs étrangers en situation irrégulière doivent être admis à l'AME sans condition de durée de résidence (donc pas de soins urgents).

Cette condition (résidence préalable de trois mois nécessaire pour avoir accès à l'AME n'étant pas applicable aux enfants mineurs) a été en effet jugée contraire à la convention relative aux droits de l'enfant du 26 janvier 1990.

Le Conseil d'Etat a annulé partiellement, dans cette décision, les deux [décrets 2005-859 relatif à l'aide médicale de l'Etat et 2005-860 relatif aux modalités d'admission des demandes d'AME](#) « en tant qu'ils mettent en œuvre à l'égard des mineurs la condition de durée de résidence prévue à l'article L 251-1 du CASF », sur la base de la convention internationale relative aux droits de l'enfant du 26 janvier 1990 (article 3-1 de cette convention : « dans toutes les décisions qui concernent les enfants l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale »).

La prise en charge des soins d'une ressortissante algérienne ayant accouché pendant son séjour en France, alors que la date de l'accouchement était prévue après son retour en Algérie, a ainsi notamment pu être admise.

2. LES BENEFICIAIRES

Sont concernés les étrangers qui ne remplissent pas la condition de régularité de la résidence mentionnée à l'[article L. 121-1 du code de l'entrée et du séjour du droit des étrangers](#) et du droit d'asile et à l'[article L. 380-1 du CSS](#), c'est-à-dire les étrangers en situation irrégulière au regard de la législation sur l'entrée et le séjour des étrangers en France, et qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'AME au sens de l'[article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles](#).

Cette catégorie recouvre, en pratique, les étrangers en situation irrégulière qui :

- résident sur le territoire national depuis moins de trois mois. Sont donc exclus de la prise en charge les étrangers en simple séjour en France titulaires d'un visa de court séjour.

Ou

- résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et ne sont pas bénéficiaires de l'AME, soit qu'ils ne remplissent pas les conditions requises pour l'obtenir, soit qu'ils n'en aient pas sollicité l'attribution, soit encore qu'ils aient effectué une demande d'AME dont le dossier est en cours d'instruction ou a été rejeté.

2.1. LES TITULAIRES DE VISA DE COURT SEJOUR EXCLUS DES SOINS URGENTS

Les étrangers en simple séjour en France titulaires d'un visa de court séjour, sont exclus de la prise en charge des soins urgents (Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005).

Ces personnes, pour entrer en France et obtenir un visa, doivent être munies, sous réserve des conventions internationales, d'un document relatif à la prise en charge des dépenses médicales par un opérateur d'assurance agréé.

Concrètement il s'agit **d'un contrat d'assurance souscrit par l'étranger ou par l'hébergeant qui l'accueille** pour le compte de celui-ci. Il doit **couvrir à hauteur d'un montant minimal de 30 000 euros, l'ensemble des dépenses médicales et hospitalières**, y compris d'aide sociale, susceptibles d'être engagées pendant toute la durée du séjour en France ([article L 211-1 et R 211-29 du Ceseda](#)). Les titulaires d'un visa de court séjour sont donc en principe couverts par une assurance.

Les étrangers titulaires d'un visa de court séjour pour suivre des soins médicaux dans un établissement hospitalier en France ne bénéficient pas non plus du dispositif des soins urgents. Lors de leur demande de visa, ils doivent notamment fournir l'accord écrit de l'établissement hospitalier français qui les accueille. Ils sont soumis à l'obligation de détenir l'assurance évoquée ci-dessus.

2.2. LES ETRANGERS RESSORTISSANTS D'ETATS TIERS A L'EEE

Plusieurs catégories de personnes sont concernées :

- les étrangers en situation irrégulière qui résident sur le territoire national depuis moins de trois mois,
- les étrangers en situation irrégulière qui résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et ne sont pas bénéficiaires de l'AME, soit qu'ils ne remplissent pas les conditions requises pour l'obtenir, soit qu'ils n'en aient pas sollicité l'attribution soit encore qu'ils aient effectué une demande d'AME dont le dossier est en cours d'instruction ou a été rejeté.

La prise en charge des soins d'une ressortissante algérienne ayant accouché pendant son séjour en France alors que la date de l'accouchement était prévue après son retour en Algérie a ainsi notamment pu être admise ([CCAS, 27 avr. 2006, n° 051413 : BO Cah. jurispr. aide soc. 06/05](#)).

2.3. LES ETRANGERS RESSORTISSANTS DE L'UE/EEE/SUISSE

Les ressortissants de l'UE/Espace Economique Européen et de la Confédération suisse 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, peuvent se trouver dans une situation comparable à celle des ressortissants d'Etats tiers, c'est-à-dire être en situation irrégulière.

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 ([article L 121-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile](#)).

Ils ouvrent droit à la prise en charge de leurs soins urgents, comme pour toute personne de nationalité étrangère résidant sur le territoire depuis moins de trois mois et se trouvant en situation irrégulière au regard de la législation sur l'entrée et le séjour en France ([circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008 - LRDDGOS-9/2008 du 14/2/2008](#)),

3. LES SOINS EN PRIS EN CHARGE

3.1. LA DEFINITION LEGALE

Les dispositions législatives relatives aux soins urgents sont insérées au [titre V « Personnes non bénéficiaires de la couverture maladie universelle »](#) du code de l'action sociale et des familles.

L'[article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles](#) définit les soins urgents comme ceux « *dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître* ».

Doivent être aussi pris en charge, au terme des dispositions de la [Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005](#) (cf LR DDO 166/2010 du 12/08/2010),

- les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse visés aux [articles L. 2122-1 et suivants du code de la santé publique](#), - les soins dispensés à la femme enceinte et au nouveau né,
- les interruptions de grossesse pour motif médical,
- les interruptions volontaires de grossesse,
- les médicaments délivrés après la réalisation des soins dès lors que la délivrance de ces médicaments est indispensable pour la réussite des soins engagés.

Doivent être aussi considérés comme soins urgents, au terme des dispositions de la [circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005](#), les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie infectieuse transmissible.

Ces soins sont pris en charge dans tous les établissements de santé, publics ou privés, soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit dans le cadre des actes et consultations externes, y compris la délivrance des médicaments.

Les soins visés sont ceux « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave de la santé de la personne ou de l'enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé » (art. L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles Circ. DHOS/DSS/DGAS no 141, 16 mars 2005).

L'application du dispositif a notamment été précisée par la [circulaire DHOS/2008/150 du 2 mai 2008](#) relative à la facturation et au paiement des soins urgents.

3.2. LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE DES SOINS URGENTS

La loi les limite aux « soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître ».

Cette définition est de nature à limiter le périmètre des prestations prises en charge, mais son application repose principalement sur l'appréciation des médecins hospitaliers.

Ce sont :

- a) les prestations d'assurance maladie définies aux articles suivants du [CSS](#) :
 - [L. 321-1 1°](#): médecine, hospitalisation, chirurgie, soins de suite et de réadaptation
 - [L. 321-1 2°](#): transports
 - [L. 321-1 4°](#): frais de soins et d'hospitalisation concernant l'IVG
 - [L. 321-1 6°](#): actes et traitements à visée préventive
- b) les prestations d'assurance maternité prévues à l'[article L. 331-2 du code de la sécurité sociale lorsqu'elles](#) sont dispensées en établissements de santé,
- c) les médicaments prescrits à l'occasion des soins dans l'établissement.

3.2.1. Soins dispensés en établissements de santé

Seuls les soins effectués en établissement de santé peuvent être pris en charge au titre de l'urgence.

Ces soins peuvent être réalisés soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit dans le cadre des soins externes, tant au sein d'un établissement de santé public que dans un établissement privé ([LR-DDGOS-7/200507/11/2005](#) Modalités de prise en charge des soins urgents pour l'AME Modalités de prise en charge des soins urgents pour l'AME). Les soins de ville sont en revanche exclus.

3.2.2. Prise en charge des médicaments

Les médicaments, y compris les antirétroviraux, sont pris en charge au titre de l'urgence **à condition qu'ils aient été prescrits lors de la délivrance de ces soins urgents dans l'établissement de santé (en externe ou en hospitalisation) et que la mention "soins urgents" soit indiquée (circulaire du 16 mars 2005).**

A l'instar du dispositif qui existait jusqu'en juin 2003 (lorsque les soins pris en charge par l'AME étaient limités aux soins hospitaliers et aux prescriptions établies par un médecin hospitalier pour les bénéficiaires résidant depuis moins de trois ans sur le territoire français), **la prescription initiale doit être établie par un médecin de l'établissement de santé dans lequel les soins urgents ont été dispensés. Il doit en être de même pour toute nouvelle prescription de médicaments tant que l'intéressé remplit les conditions pour bénéficier de ce dispositif.** Un praticien de l'établissement doit également attester sur l'ordonnance et au dossier du malade que la délivrance des médicaments est indispensable pour la réussite du traitement engagé dans l'établissement.

Ces médicaments sont délivrés par les pharmacies des établissements de santé, qu'ils figurent ou non sur la liste de ceux qui peuvent être rétrocédés ([article L.5126-4 du Code de la santé publique](#)). (LR-DDGOS-7/200507/11/2005 Modalités de prise en charge des soins urgents pour l'AME Modalités de prise en charge des soins urgents pour l'AME).

3.3. LES SOINS DELIVRES AUX MINEURS

Les enfants mineurs des personnes étrangères en situation irrégulière qui ne remplissent pas la condition de trois mois de résidence en France sont inscrits sans délai au dispositif de l'AME ([circulaire ministérielle DSS/2A/DGAS/DHOS n°2008-04 du 7 janvier 2008](#)).

Le Conseil d'Etat a jugé que la condition de durée de résidence de trois mois pour prétendre à l'AME n'était pas opposable aux mineurs ([Conseil d'Etat 7 juin 2006, n°285576 Aides et a, préc.](#)).

La [Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008](#) tire les conséquences de cet arrêt. Elle considère que les soins dont bénéficient les enfants mineurs des étrangers en situation irrégulière qui ne remplissent pas la condition de trois mois de résidence en France ne doivent plus être imputés sur le dispositif des soins urgents.

Ces enfants mineurs sont inscrits sans délai à l'aide médicale de l'Etat pour la prise en charge de leurs soins pendant les trois premiers mois de leur présence en France. Un dossier de demande d'admission à l'aide médicale de l'Etat doit être constitué dès que possible, par leurs parents.

3.4. LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES FACTURATIONS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

3.4.1. La procédure applicable dans les établissements de santé

Les prestations délivrées dans le cadre de cette procédure des « *soins urgents* » sont facturées aux caisses primaires d'assurance maladie, pour la métropole, ou aux caisses générales de sécurité sociale, s'agissant des départements d'outre-mer, du lieu d'implantation des établissements.

La facturation des soins urgents se fait à titre individuel et directement : les facturations sont transmises sans délai à la CPAM.

A l'heure actuelle, en l'absence de disposition légale, le délai applicable est le délai de prescription de 5 ans figurant dans le code civil (article 2224 modifié).

Les CPAM et les CGSS assurent la gestion du dispositif pour le compte de l'Etat.

Pour les établissements publics de santé et les établissements privés antérieurement sous dotation globale les prestations sont facturées sur la base des tarifs journaliers de prestations ⁽¹⁾ pour les soins ayant donné lieu à hospitalisation sur la base des forfaits d'environnement des tarifs de la NGAP ou de la CCAM pour les soins externes et les soins non programmés.

Les établissements de santé doivent :

- rechercher systématiquement l'existence d'une couverture maladie (notamment rechercher si la personne ne relève pas d'une convention internationale ou de l'aide médicale de l'Etat);
- vérifier les critères de durée et d'irrégularité de la résidence sur le territoire;
- présenter une demande d'AME à la Caisse Primaire ou à la CGSS: l'instruction de cette demande permet un contrôle approfondi du dossier du patient, avant sa facturation au titre des soins urgents si la demande d'AME est rejetée ⁽²⁾;
- conserver dans le dossier toute pièce justificative de la situation du patient et de l'urgence des soins (notamment les éléments d'ordre médical pour le service du contrôle médical).

Ces mesures permettent à la Caisse Primaire ou à la CGSS de vérifier que le patient ne bénéficie pas de droits ouverts au titre d'une autre disposition.

3.4.2. Les services administratifs des caisses

Les services administratifs des caisses ne doivent pas réclamer les prescriptions médicales.

Après réception des factures transmises par les établissements de santé et avant tout règlement ([cf. lettre réseau LR/DDO/204/2008 du 05/11/2008](#)), la CPAM doit :

- vérifier la présence du refus de prise en charge au titre de l'AME. Le cas échéant, ce document pourra être réclamé à l'établissement ([circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2008](#) et [circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n°2008-04 du 7 janvier 2008](#)).
- s'assurer, par une consultation de la BDO et du RNIAM, que le patient ne possède pas une couverture sociale à un autre titre ou que ce dernier n'est pas déjà affilié dans une autre caisse d'assurance maladie ou dans un autre régime. Ces recherches sont nécessaires, même si elles ont été effectuées préalablement lors de l'instruction de la demande d'AME.

¹ Les règles de tarification et de facturation de ces soins sont actuellement dérogatoires du droit commun. La proposition d'un passage à une tarification par GHS pour les soins urgents a fait l'objet, à l'Assemblée nationale, d'un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Cet amendement n° 168 a été présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, MM. Yves Bur et Dominique Tian. M. Yves Bur a défendu l'amendement en notant que les soins sont facturés par les établissements hospitaliers à l'assurance maladie en tarifs journaliers de prestations, d'un montant très nettement supérieurs aux tarifs définis par les groupes homogènes de séjour et que la tarification à l'activité, avec la version V 11, a pris en compte ou renforcé le critère de précarité, les MIGAC prenant aussi en compte les difficultés d'ordre social. L'amendement au projet de loi a été rejeté.

² Les « soins urgents » dispensés au patient ne peuvent faire l'objet d'une facturation à ce titre que si la demande d'AME est rejetée. Le refus d'AME est un pré requis à l'examen des autres conditions cumulatives.

3.5. Le contrôle médical

L'imputation des frais au titre des soins urgents peut faire l'objet d'un contrôle à posteriori par la Caisse, et s'agissant des éléments médicaux, par les services du contrôle médical.

L'article 116 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008 prévoit l'extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) de droit commun comme à ceux qui relèvent des soins urgents. Le service Médical des caisses est habilité, conformément à l'article L 315-1 du code de la Sécurité Sociale, à contrôler les prestations délivrées dans le cadre du dispositif des soins urgents (circulaire DHOS/F4 n°2008-015 du 2 mai 2008, BO Santé Protection sociale Solidarités n02008/6 du 15 juillet 2008).

Important : Les informations relatives aux prestations fournies doivent être conservées par l'établissement, afin de permettre un contrôle a posteriori par le service du contrôle médical placé près les Caisses du bien-fondé du caractère urgent des soins dispensés.

Le médecin appelé à traiter le patient consigne dans le dossier médical de celui-ci les motifs justifiant le caractère urgent des soins dispensés. Ce dossier doit être présenté par l'établissement de santé au médecin du contrôle médical placé près la Caisse du lieu d'implantation de l'établissement s'il le demande.

4. LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Ces soins sont réglés aux établissements de santé par l'assurance maladie.

Une dotation forfaitaire est versée par l'État à la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés pour financer le dispositif.

Les établissements de santé doivent s'assurer que le patient ne peut se prévaloir d'aucune autre couverture maladie et rechercher auprès de lui les informations relatives à sa situation au regard du critère de résidence.

Lorsqu'un étranger en situation irrégulière dont l'état de santé requiert des soins urgents est admis dans un établissement de santé, sans qu'il soit immédiatement possible de déterminer la durée de sa résidence en France (Plus ou moins de trois mois) faute de document en ce sens, le directeur de l'établissement établit une demande d'aide médicale de l'Etat auprès de la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement. « *Dans l'intérêt de la personne elle-même, la délivrance de soins urgents ne doit jamais aboutir à suspendre la recherche de ses droits* » (circulaire DHOS/DSS/DGAS n°2005-141 du 16 mars 2005). Si la demande d'aide médicale de l'Etat est rejetée, les soins urgents délivrés au patient font l'objet d'une facturation au titre des soins urgents.

La Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n°2008-04 du 7 janvier 2008 ajoute que « *pour l'ensemble des dossiers éligibles au dispositif des soins urgents* » les établissements doivent présenter une demande d'AME à la Caisse et n'imputer sur le dispositif des soins urgents que ceux qui relèvent de cette catégorie et pour lesquels la demande d'AME a été rejetée. Cette mesure permet à la Caisse de vérifier que le patient ne bénéficie pas de droits ouverts au titre d'un autre dispositif.

Dans le cas où le patient ne pourrait prétendre à une prise en charge au titre des soins urgents, ni à aucune autre couverture maladie, la totalité des frais relatifs aux soins dont il a bénéficié lui est facturée.