



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

NOTE D'INFORMATION INTERMINISTÉRIELLE N° DSS/2A/DB/2022/125 du 26 avril 2022 relative à la prise en charge des frais de santé des ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire français

Le ministre des solidarités et de la santé
Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie,
des finances et de la relance, chargé des comptes publics

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (pour diffusion)

Référence	NOR : SSAS2212717N (numéro interne : 2022/125)
Date de signature	26/04/2022
Emetteurs	Ministère de l'économie, des finances et de la relance Ministère des solidarités et de la santé Direction de la sécurité sociale
Objet	Prise en charge des frais de santé des ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire français.
Contact utile	Sous-direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail Bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé Sara DONATI Mél. : sara.donati@santé.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	9 pages + 3 annexes (5 pages) Annexe 1 – Demande d'élection de domicile Annexe 2 – Attestation d'élection de domicile Annexe 3 – Demande préalable de prise en charge dérogatoire au titre de l'Aide Médicale de l'Etat
Résumé	La présente note d'information précise les modalités de prise en charge des frais de santé des personnes en situation irrégulière à la suite des mesures législatives et réglementaires entrées en vigueur en 2020 et 2021.
Mention Outre-mer	Le texte s'applique en l'état dans les départements de Guadeloupe, Martinique, Guyane et la Réunion, ainsi que dans les collectivités de Saint-Martin et Saint-Barthélemy.
Mots-clés	Aide médicale de l'Etat (AME), soins urgents, étrangers.
Classement thématique	Assurance maladie, maternité, décès.

<p>Textes de référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance ; - Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat ; - Décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019 relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France ; - Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France ; - Décret n° 2021-1152 du 3 septembre 2021 relatif aux modalités de dépôt des premières demandes d'aide médicale de l'Etat ; - Circulaire n° DHOS/DSS/DGAS/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 ; - Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2005-407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'Etat ; - Circulaire n° 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 ; - Instruction n° DSS/1A/2015/76 du 13 mars 2015 relative aux modalités de facturation des soins urgents ; - Instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.
<p>Circulaire / instruction abrogée</p>	<p>Néant</p>
<p>Circulaire / instruction modifiée</p>	<p>Néant</p>
<p>Rediffusion locale</p>	<p>Etablissements et professionnels de santé, permanences d'accès aux soins de santé (PASS), centres de santé, unions régionales des professionnels de santé libéraux (URPS), associations.</p>
<p>Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 13 mai 2022 – N° 57</p>	
<p>Document opposable</p>	<p>Oui</p>
<p>Déposée sur le site Légifrance</p>	<p>Non</p>
<p>Publiée au BO</p>	<p>Oui</p>
<p>Date d'application</p>	<p>Immédiate</p>

Cette note d'information précise les règles de prise en charge des frais de santé des personnes en situation irrégulière compte tenu :

- des mesures portées par l'article 264 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 ;
- des dispositions définies dans le décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019 relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France ;
- du décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France ;
- du décret n° 2021-1152 du 3 septembre 2021 relatif aux modalités de dépôt des premières demandes d'aide médicale de l'Etat.

1. Règles de prise en charge des soins dispensés aux personnes en situation irrégulière

Les personnes en situation irrégulière au regard de la législation du droit au séjour en France peuvent bénéficier de l'aide médicale de l'Etat (AME), délivrée sous condition de résidence et de ressources¹. Depuis le 1^{er} janvier 2020, les personnes souhaitant bénéficier de l'AME doivent justifier de trois mois de résidence irrégulière en France.

Par exemple : une personne entrée en France avec un visa touristique autorisant un séjour en France de 90 jours, ne pourra prétendre à l'AME qu'à partir de 180 jours (6 mois) de résidence en France.

Les ressortissants européens qui ont le droit de circuler librement sont considérés en situation régulière durant les trois premiers mois sur le territoire français. A l'issue de cette période, ceux qui ne remplissent pas les conditions pour bénéficier de l'assurance maladie et qui sont considérés comme étant en situation irrégulière (en particulier les ressortissants inactifs qui ne disposent pas de ressources suffisantes) doivent attendre trois mois supplémentaires pour pouvoir être éligibles à l'AME.

Ces conditions ne s'appliquent pas aux mineurs en application de la convention internationale des droits de l'enfant et ainsi que rappelé par la décision du Conseil d'Etat du 7 juin 2006². Ainsi et tel que prévu par la circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'AME (paragraphe A. 2-2. Droits des mineurs), pour un mineur dont les parents sont en situation irrégulière, une demande d'AME doit être faite sans délai au nom du foyer. Si les parents ne sont pas éligibles à l'AME, le droit sera accordé alors uniquement au mineur.

De même, pour une personne se présentant comme un mineur non accompagné et dont la minorité est en cours d'évaluation, lorsqu'une prise en charge financière des soins s'avère nécessaire, notamment en cas d'hospitalisation ou de délivrance de médicaments, une demande d'AME doit être effectuée sans délai (paragraphe B. 2-2. Droits des mineurs de ladite circulaire).

¹ Les ressources du foyer du demandeur doivent être inférieures au plafond annuel de la Complémentaire santé solidaire sans participation financière, qui varie selon la composition du foyer, disponible [ici](#) sur le site ameli.fr ou sur le site complementaire-sante-solidaire.gouv.fr [ici](#).

² Décision du Conseil d'Etat n° 2855766.

Les personnes en situation irrégulière qui se voient refuser l'AME, peuvent être prises en charge au titre du dispositif des « soins urgents » mentionnés à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. D'après la circulaire n° DHOS/DSS/DGAS/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, ce dispositif permet la prise en charge des soins réalisés en établissement hospitalier, 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 de l'enfant à naître, ainsi que les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie, les soins de la femme enceinte et du nouveau-né.

2. Modalités de prise en charge des soins au titre de l'aide médicale de l'Etat (AME)

2.1 Dépôt de la demande d'AME³

Les personnes demandant le bénéfice de l'AME pour la première fois doivent déposer leur dossier à l'accueil de l'organisme d'assurance maladie de leur lieu de résidence, sauf lorsqu'elles sont prises en charge en établissement de santé ou par une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), auquel cas l'établissement ou la PASS doit transmettre directement la demande à la caisse concernée sous 8 jours.

En application du décret n° 2021-1152 du 3 septembre 2021 relatif aux modalités de dépôt des premières demandes d'aide médicale de l'Etat, les premières demandes d'AME peuvent être déposées auprès de centres de santé, de maisons de santé ou d'associations, accompagnant des personnes en situation de précarité dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits et leur permettant d'accéder, en lien avec des professionnels de santé partenaires, à des soins de premier recours, qui sont pris en charge dès l'attribution de leurs droits. Pour pouvoir réceptionner ces premières demandes d'AME, ces structures doivent avoir établi une convention à cet effet avec une caisse primaire d'assurance maladie et être soutenues par une agence régionale de santé.

Enfin, les personnes demandant l'AME pour la première fois peuvent également déposer leur dossier au sein d'une maison France services habilitée, qui doit transmettre la demande d'AME à la caisse dans un délai de 8 jours maximum.

Outre les personnes déposant une demande d'AME pour la première fois, sont également concernées par cette règle, les personnes qui déposent un nouveau dossier plus de deux ans après le dépôt d'un précédent dossier.

Ces modalités de dépôt du dossier de première demande d'AME ne s'appliquent ni aux mineurs isolés, ni aux personnes à mobilité réduite, ni aux personnes sous tutelle ou curatelle :

- La première demande du mineur isolé peut être déposée ou envoyée à l'organisme d'assurance maladie par toute structure de prise en charge ou d'accompagnement de ces personnes, ou association de défense des droits des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité ;
- La première demande d'AME des personnes à mobilité réduite peut être déposée dans les conditions prévues pour le renouvellement. Un justificatif de la situation ou une attestation sur l'honneur doit être fourni ;

³ Article L252-1 et D 252-2 du code de l'action sociale et des familles.

- Pour un demandeur placé sous un régime de tutelle ou de curatelle, le tuteur ou curateur peut déposer la première demande d'AME dans les conditions prévues pour le renouvellement. Un extrait du jugement de tutelle /curatelle doit être fourni.

Pour rappel, en cas de renouvellement de la demande d'AME, le dossier peut être envoyé par courrier ou déposé auprès de la caisse d'assurance maladie, de l'établissement de santé dans lequel le demandeur est pris en charge, d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale ou des services sanitaires et sociaux du lieu de résidence, ou des associations ou organismes à but non lucratifs agréés à cet effet.

2.2 Précisions sur la constitution du dossier de demande d'AME

Cas particulier des personnes sans adresse de domiciliation déclarée

Pour les personnes sans adresse de domiciliation déclarée, l'absence de domiciliation ne constitue pas à un obstacle à l'envoi de la demande, à condition de renseigner une adresse à laquelle cette personne peut être contactée par la caisse. Il importe en effet de pouvoir transmettre les demandes dans les meilleurs délais, car la date de la demande détermine en effet la date d'ouverture des droits, y compris en cas de prise en charge rétroactive.

La demande d'élection de domicile (Annexe 1) doit ainsi être effectuée parallèlement à la transmission du dossier à la caisse. Une copie de l'attestation de domiciliation (Annexe 2) sera ensuite transmise à la caisse dès réception, au plus tard dans un délai de deux mois suivant la demande de prise en charge. En cas d'absence de réponse de l'organisme domiciliataire pendant cette période, la copie de la demande d'élection de domicile pourra être adressée à la caisse afin d'attester des démarches entreprises. Un délai supplémentaire d'un mois sera alors accordé pour la complétude du dossier.

Il est rappelé par ailleurs qu'en application de l'article D. 264-9 du code de l'action sociale et des familles, les personnes hébergées de manière stable au sein des établissements de santé et autres organismes mentionnés à cet article⁴, qui peuvent y recevoir leur courrier, sont réputées y être domiciliées sans que l'organisme n'ait besoin d'obtenir un agrément à ce titre. En revanche, l'agrément de l'établissement de santé est nécessaire pour les personnes non hospitalisées qui le fréquentent et souhaitent y être domiciliées.

Cas particulier des patients nécessitant une prise en charge urgente

Conformément à la circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2005-407 du 27 septembre 2005, lorsqu'un certificat médical, établi par un médecin (de ville ou hospitalier) et faisant état d'une pathologie exigeant une prise en charge médicale et un traitement rapides sous peine d'aggravation, est joint à la demande d'AME, le dossier doit être instruit en priorité. Les caisses primaires doivent veiller à bien signaler ces priorités aux pôles centralisateurs d'instruction des demandes d'AME, afin que le délai de traitement puisse être adapté à l'urgence de la situation.

⁴ Organismes à but non lucratif qui mènent des actions contre l'exclusion ou pour l'accès aux soins, établissements et services sociaux et médico-sociaux, organismes d'aide aux personnes âgées, centres d'hébergement d'urgence, services sociaux départementaux.

2.3 Date d'effet de l'AME et possibilité de prise en charge rétroactive

L'AME est accordée pour une période d'un an, à compter de la date de dépôt du dossier de demande d'AME.

Lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME peut prendre effet au jour d'entrée dans l'établissement ou de la date de soins. Pour bénéficier d'une prise en charge rétroactive, le patient doit remplir les conditions d'attribution de l'AME au moment des soins et transmettre sa demande d'AME dans un délai de 90 jours à compter du jour de sortie de l'établissement ou de la date des soins. Le délai de rétroactivité de l'AME, auparavant de 30 jours, est en effet porté à 90 jours depuis le 1^{er} janvier 2021.

Cas particulier des personnes dont les droits à l'assurance maladie sont fermés pour défaut de régularité du séjour

En vertu de l'article R. 111-4 du code de la sécurité sociale, les personnes qui ne sont pas ressortissantes d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse bénéficient d'un maintien de droits à la protection universelle maladie (PUMa) durant 6 mois à compter de la date de fin de validité de leur titre de séjour. A la fin de cette période, si elles n'ont pas transmis un nouveau justificatif de séjour, elles reçoivent une notification de la caisse les informant de la fermeture de leurs droits dans un délai de 45 jours.

Ces personnes, qui ne peuvent plus bénéficier de la PUMa pour défaut de régularité de séjour, peuvent déposer une demande d'AME avant la fermeture effective de leur droits à la PUMa durant la période de 45 jours à compter de la notification de la fermeture de leurs droits PUMa. En cas d'accord, les droits à l'AME sont ouverts au lendemain de la date de fermeture des droits à la PUMa.

2.4 Remise de la carte d'admission à l'AME

En application de l'article 2 du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'AME, la carte d'admission à l'AME est remise en mains propres au bénéficiaire.

Toutefois, ce décret prévoit aussi la possibilité d'adresser la carte par voie postale, en cas d'empêchement du bénéficiaire. Ainsi, la caisse peut envoyer la carte par voie postale, à la demande du bénéficiaire dans les situations suivantes :

- Personne à mobilité réduite ;
- Personne sous tutelle ou curatelle ;
- Mineur non accompagné ;
- Personne dont l'état de santé interdit tout déplacement (hospitalisation, soins palliatifs...) ;
- Personne ayant changé de département de résidence entre le dépôt de la demande et le retrait de la carte.

Un justificatif de la situation d'empêchement pourra être demandé selon les cas : certificat médical, justificatif de mobilité réduite ou tutelle (la situation de mineur isolé ou de déménagement est en principe enregistrée par les caisses dans les dossiers des assurés).

2.5 Instauration d'un délai d'ancienneté à l'AME pour la prise en charge de certains soins programmés

Pour les personnes majeures, dont le droit à l'AME débute à compter du 1^{er} janvier 2021, la prise en charge de certains frais de santé est conditionnée à un délai d'ancienneté du bénéficiaire de l'AME de 9 mois.

Les prestations concernées par la condition d'ancienneté sont définies à l'article R. 251-3 du code de l'action sociale et des familles. Il s'agit de prestations programmées qui ne présentent pas un caractère d'urgence :

- Les prestations réalisées en établissement de santé liées à des pathologies non sévères suivantes, lorsqu'elles ne concernent pas des traumatismes, fractures, brûlures, infections, hémorragies, tumeurs suspectées ou avérées :
 - a) libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien ;
 - b) libérations du médian au canal carpien ;
 - c) interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ;
 - d) allogreffes de cornée ;
 - e) interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie ;
 - f) rhinoplasties ;
 - g) pose d'implants cochléaires ;
 - h) interventions de reconstruction de l'oreille moyenne ;
 - i) interventions pour oreilles décollées ;
 - j) prothèses de genou ;
 - k) prothèses d'épaule ;
 - l) prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents ;
 - m) interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents ;
 - n) interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale ;
 - o) gastroplasties pour obésité ;
 - p) autres interventions pour obésité ;

- Les actes réalisés par des professionnels de santé exerçant en ville suivants :
 - a) les transports sanitaires en lien avec les prestations hospitalières citées ci-dessus ;
 - b) les actes de masso-kinésithérapie prescrits suite à des prestations hospitalières citées ci-dessus.

Modalités d'appréciation du délai d'ancienneté

Le délai de 9 mois se décompte à partir de la date de la première attribution d'AME. Toutefois, lorsque le droit a expiré et qu'une période de plus de deux ans s'est écoulée depuis la précédente admission, le délai de 9 mois court à partir de la nouvelle attribution à l'AME.

Le respect de ce délai d'ancienneté par les professionnels de santé suppose qu'ils puissent connaître l'historique des droits à l'AME. Ainsi pour faciliter l'application de ces mesures, les cartes AME mentionnent, en plus des dates de début et fin des droits AME, un code contrat permettant de vérifier que les droits en cours font suite ou non à un renouvellement d'AME :

- Code contrat 04 pour une première attribution de l'AME ou si une nouvelle période d'AME est ouverte plus de un an après la fin de la précédente ;
- Code contrat 05 pour un renouvellement sans interruption entre deux périodes ;
- Code contrat 06 pour une nouvelle attribution d'AME faisant suite à une précédente avec interruption de un an ou moins.

Ainsi, un professionnel de santé à qui est présentée une carte AME délivrée à partir du 1^{er} janvier 2021 et portant les codes contrat 05 ou 06 est assuré que la condition d'ancienneté est respectée. En présence d'un code 04, l'ancienneté des droits à l'AME s'apprécie à partir de la date de début de droits figurant sur la carte et peut aussi être vérifiée dans ADRI/ CRDi⁵. Si les droits à l'AME ont débuté depuis moins de 9 mois à la date envisagée de réalisation des prestations, le professionnel doit soit reporter les soins, soit adresser une demande d'accord préalable.

Dérogation au délai d'ancienneté

Par dérogation, lorsque l'absence de réalisation des prestations avant l'expiration du délai de 9 mois est susceptible d'avoir des conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de santé de la personne, leur prise en charge est accordée après accord préalable du service du contrôle médical.

La demande prise en charge dérogatoire de certains soins programmés non urgents au titre de l'AME est réalisée sur un formulaire spécifique (Annexe 3) par le prescripteur qui l'envoie par voie dématérialisée au service médical, via une messagerie sécurisée, à l'adresse suivante : ame.derogatoire@cnam-sm.mssante.fr.

L'avis du service médical est transmis au professionnel de santé par le même canal de messagerie sécurisée qui le tient à disposition du bénéficiaire. L'absence de réponse du service médical dans les 15 jours à compter de la réception de la demande complète vaut accord de prise en charge. L'avis défavorable du service médical vaut refus de prise en charge.

Si les soins visés sont par ailleurs subordonnés à l'accord préalable du service du contrôle médical en application de l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale⁶, il est nécessaire de procéder aux deux demandes simultanément. La prise en charge est alors subordonnée aux deux accords du service du contrôle médical.

⁵ Acquisition des DRoits intégrée / Consultation des DRoits intégrée

⁶ Les soins nécessitant un accord préalable pour la prise en charge par la protection universelle maladie le sont également pour la prise en charge par l'AME.

Il s'agit de prestations dont la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical, de prestations dont le caractère est innovant ou comporte des risques pour le patient et de prestations particulièrement coûteuses exigeant un suivi et une étude d'impact pour les dépenses de l'assurance maladie. Les demandes d'accord préalable peuvent ainsi porter sur différents types de prestations comme une rééducation pour entorse externe récente de la cheville (à partir de la 11^e séance), les transports de longue distance (plus de 150 km aller), etc

3. Modalités de prise en charge au titre des soins urgents

Il est rappelé que lorsque les personnes en situation irrégulière ne peuvent s'ouvrir des droits à l'AME, elles peuvent bénéficier de la prise en charge au titre des soins urgents mentionnés à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

La facturation au titre des soins urgents est conditionnée à un refus préalable d'AME motivé par le fait que la personne, bien qu'en situation irrégulière ne remplit pas les conditions de résidence irrégulière depuis 3 mois sur le sol français et/ou de ressources pour bénéficier de l'AME⁷.

Toutefois, l'instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants (paragraphe 2.b « Les soins urgents ») précise que « *le silence gardé pendant plus de deux mois par la CPAM saisie d'une demande d'AME vaut rejet implicite, permettant l'imputation des frais sur le dispositif des soins urgents* ». Elle comporte par ailleurs un modèle d'attestation sur l'honneur que l'établissement peut utiliser s'il n'est pas en mesure de joindre à la demande d'AME les justificatifs d'identité et de résidence en France de la personne ou son attestation de domiciliation en cas d'absence d'adresse.

L'attention des établissements est attirée sur la prise en charge des femmes enceintes en situation irrégulière sans couverture maladie. Lorsque celles-ci se présentent en établissement de santé pour un suivi de grossesse, aux urgences générales ou en service de gynécologie-obstétrique-maternité, une demande de prise en charge au titre de l'aide médicale de l'Etat (AME) doit être effectuée par l'établissement auprès de la caisse d'assurance maladie du lieu de résidence de la personne ou la caisse de l'adresse de la demande de domiciliation, en signalant le besoin rapide de soins. Si la caisse émet un refus d'AME, les consultations et examens entrant dans le cadre du suivi de grossesse pourront ainsi être dispensés à cette personne, et facturés au titre des soins urgents selon les modalités définies par l'instruction mentionnée ci-dessus.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2020, les demandeurs d'asile qui ne sont pas affiliés à l'assurance maladie en raison du délai de carence de trois mois peuvent également bénéficier des soins urgents. Comme cela est précisé dans la note d'information N° DSS/2A/2020/43 du 27 février 2020, pour obtenir le règlement de ces frais, l'établissement hospitalier doit adresser à la caisse d'assurance maladie la facture des soins accompagnée de la copie de l'attestation de demande d'asile (ADA). Dans cette situation, le refus préalable à l'AME n'est pas requis.

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,



Franck VON LENNEP

⁷ Instruction N° DSS/1A/2015/76 du 13 mars 2015 relative aux modalités de facturation des soins urgents.