



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Instruction n° DGOS/FIP3/SGMCAS/2026/110 du 6 août 2026 relative aux organisations à mettre en œuvre dans les établissements de santé pour garantir le recouvrement des factures liées aux soins délivrés aux patients non assurés sociaux en France

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie
et des personnes handicapées

à

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

Référence	NOR : SFHH2619475J (numéro interne 2026/110)
Date de signature	06/08/2026
Emetteurs	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Objet	Organisations à mettre en œuvre dans les établissements de santé pour garantir le recouvrement des factures liées aux soins délivrés aux patients non assurés sociaux en France.
Actions à réaliser	Établissements de santé et comptables publics : - Fiabiliser l'identification et l'admission des NASEF ; - Mettre en place une organisation spécifique NASEF ; - Développer une facturation accélérée et sécurisée notamment avec le partenariat ordonnateur hospitalier / comptable public ; ARS : intégrer au dialogue de gestion et promouvoir les bonnes pratiques en matière de NASEF.
Résultats attendus	Améliorer la complétude des dossiers NASEF pour faciliter la facturation et le recouvrement par les EPS. Déployer une convention de partenariat ordonnateur / comptable dans chaque établissement concerné.
Echéance	Dans les meilleurs délais
Contacts utiles	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction du financement et de la performance du système de santé Gilles HEBBRECHT Mél. : Gilles.hebbrecht@sante.gouv.fr Secrétariat général des ministères sociaux Michele LENOIR SALFATI Mél. : Michele.lenoir-salfati@sg.social.gouv.fr

Nombre de pages et annexe	5 pages et aucune annexe
Résumé	Les établissements de santé doivent renforcer leur organisation pour mieux identifier les patients étrangers non affiliés à la sécurité sociale française (NASEF) et mettre en place des circuits spécifiques de facturation et de recouvrement. Les ARS sont invitées à suivre étroitement la mise en œuvre de ces mesures et à veiller à la réduction progressive des créances impayées et des restes à recouvrer liés aux patients NASEF.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	NASEF - Solvabilisation - Admission - Facturation - Recouvrement.
Classement thématique	Établissements de santé / Gestion
Textes de référence	- Code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 254-1 et L. 254-2 ; - Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, notamment ses articles L. 231-1, L. 311-1 et suivants et R. 313-3 ; - Code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 174-20 et D. 174-19 ; - Code de la santé publique, notamment son article R. 6145-4.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Directeurs des établissements de santé et comptables des établissements publics de santé.
Validée par le CNP du 24 juillet 2026 - Visa CNP 2026-54	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

En réponse à leur obligation de soins, les établissements de santé français prennent régulièrement en charge, dans le cadre de soins programmés ou de l'urgence, des patients étrangers non-résidents et non affiliés à un régime français de sécurité sociale (NASEF).

Les situations assurantielles de ces patients sont diverses, ils peuvent :

- Être affiliés à un régime de sécurité sociale d'un État membre de l'UE/EEE/Suisse (cas 1) ;
- Être affiliés à un régime de sécurité sociale d'un État avec lequel la France dispose d'une convention bilatérale de sécurité sociale (cas 2) ;
- Ne relever d'aucun de ces régimes ou ne disposer d'aucune des autorisations nécessaires pour une prise en charge par la caisse de sécurité sociale dont ils relèvent¹ (cas 3).

¹ Ce dernier cas de figure n'inclut donc pas les patients bénéficiant de l'Aide Médicale d'État (AME, article L.251-1 du code de l'action sociale et des familles) ou des soins urgents (SU, mentionnés à l'article L.254-1 du code de l'action sociale et des familles).

L'accueil de ces patients par les établissements publics de santé français génère chaque année des créances d'un montant minimal estimé à 300M€. Ces créances sont concentrées dans un nombre limité d'hôpitaux, principalement universitaires ou situés dans des zones touristiques, et une grande part s'avère, *in fine*, non recouvrée et irrécouvrable.

Au regard des enjeux de trésorerie des établissements de santé, en particulier publics, et de lutte contre les recours abusifs à la prise en charge des soins par la collectivité, le gouvernement a souhaité renforcer la mobilisation des établissements en matière d'identification de ces patients et de leur situation assurantielle. Cela passe par la promotion d'organisations adaptées de la chaîne « accueil-facturation-recouvrement » (AFR) aux spécificités des prises en charge des NASEF. Pour ce faire, les ministères chargés de la Santé, de l'Intérieur, des Affaires étrangères et des Comptes publics relancent un plan interministériel d'amélioration de la facturation des soins aux NASEF, et le cas échéant du renseignement puis du recouvrement des créances, étroitement suivi par l'Élysée et les services du Premier ministre.

Ce plan exige de la part des établissements de santé concernés par la prise en charge de ces patients, le déploiement renforcé et accéléré d'une organisation spécifique de la chaîne AFR selon quatre axes.

1. Fiabiliser l'identification et les processus d'admission des NASEF

Il est dans un premier temps absolument nécessaire de fiabiliser l'identification du patient comme du débiteur, en améliorant la qualité du recueil de son état civil, ainsi que de ses coordonnées (adresses postale et courriel), en France comme dans son pays d'origine. À l'issue de la procédure, son dossier doit être complet et comporter un scan de haute qualité de la pièce d'identité présentée à l'admission, indiquant, le cas échéant, les éléments du visa d'entrée dans l'espace Schengen.

La seconde étape doit permettre d'identifier de manière univoque et systématique sa situation en matière d'assurance (UE/EEE, convention bilatérale, visas pour soins, assurance privée obligatoire, « visa Schengen », absence d'assurance). Il s'agit à ce stade de recueillir l'ensemble des pièces permettant de documenter le statut assurantiel du patient et de vérifier ses « garanties de solvabilité », particulièrement critiques pour le recouvrement des prises en charge en urgence.

Selon les situations et les documents présentés, les personnels d'accueil doivent porter une attention toute particulière à la clarté de l'information délivrée à ces patients : il s'agit de leur rappeler que les soins ne sont pas gratuits en France, qu'ils devront régler, selon leur droit au séjour, tout ou partie de la facture correspondant à leur prise en charge et que, le cas échéant, des actions en recouvrement pourront être engagées si aucun règlement n'intervient.

Dans ce cadre, la qualité du premier contact avec le patient est d'une importance capitale.

Il est donc expressément demandé de former spécifiquement et régulièrement à l'ensemble de ces procédures les équipes des bureaux des entrées, les personnels d'accueil des services d'urgence ainsi que les services sociaux. Cet axe devra s'inscrire prioritairement dans les plans de formation. La DGOS a élaboré et met à la disposition des établissements des outils pour appuyer ces démarches administratives, soit une brochure à distribuer aux patients et une fiche NASEF dédiée au sein du guide de la facturation. Un kit de formation des équipes d'admission ainsi que des fiches de bonnes pratiques, conçues à partir des retours d'un panel d'établissements, sont également en cours de finalisation et seront prochainement mis à disposition des établissements sur le site du ministère.

Les établissements devront procéder à des évaluations régulières de la bonne application de ces consignes et être en capacité de vous en rendre compte à tout moment.

2. Appuyer la fiabilisation du processus d'admission par la mise en œuvre d'une organisation spécifique pour l'accueil des NASEF

La modalité la plus efficiente pour recouvrer les créances des NASEF est de faire payer le patient avant sa sortie de l'établissement. Pour ce faire, la mise en œuvre d'une organisation spécifique pour la gestion de leur dossier administratif doit impérativement être mise en œuvre.

La variété des situations assurantielles des NASEF, et la complexité des règles de traitement qui leur sont associées, imposent la structuration d'un parcours dédié, en particulier pour les établissements à forte file active. Il est demandé aux établissements de désigner et de former un ou plusieurs référents NASEF. Chaque établissement devra vérifier que son logiciel de gestion administrative (GAP) permet d'identifier les NASEF, leur pays d'origine ainsi que leur régime d'assurance, afin d'isoler ces séjours dès l'admission dans une liste de travail spécifique. À partir de celle-ci, et en fonction de l'état du dossier administratif à l'issue du processus d'admission, l'établissement organisera un accompagnement « au lit du patient » pour finaliser le recueil de l'ensemble des données et pièces nécessaires pour sécuriser la facturation et le recouvrement. Il s'assurera également que les échanges entre l'établissement, ses équipes médicales et l'assureur du patient ont bien été engagés.

3. Développer un circuit de facturation spécifique et accéléré pour les NASEF

Les modalités de mise en œuvre du paiement avant la sortie du patient se déclinent différemment selon le contexte de la prise en charge.

Pour les soins programmés mentionnés à l'article L. 174.20 du code de la sécurité sociale, les établissements établissent un devis transmis au patient avant son admission. Celle-ci est conditionnée au paiement par celui-ci d'un paiement intégral² sur la base des devis adressés. Les établissements peuvent, en fonction du type de prise en charge prévue, intégrer dans ce paiement une provision pour aléa thérapeutique, remboursée le cas échéant au patient à sa sortie. En cas d'incomplétude du dossier ou de non-paiement, l'admission sera reprogrammée.

Pour les soins en urgence³, l'accompagnement « au lit du patient » doit avoir pour objectif principal d'éditer la facture correspondant à la prise en charge réalisée avant sa sortie, afin de la lui présenter directement. Pour ce faire, et en fonction des règles applicables, l'établissement établit la facture sur la base des tarifs nationaux journaliers de prestation (TNJP) de ses unités fonctionnelles ou médicales d'hospitalisation. Quand le patient dispose d'une assurance de type « assurance visa », il doit prendre contact avec son assureur pour faire ouvrir un dossier. L'accueil de l'établissement doit s'enquérir de l'existence de cette assurance et, une fois le dossier ouvert, demander au patient son numéro de dossier ainsi que les coordonnées du gestionnaire pour en vérifier les clauses contractuelles. Pour solvabiliser sa créance, l'établissement transmet la facture et les pièces associées directement à cet assureur pour règlement.

Pour faciliter le paiement par le patient de son reste à charge, l'établissement peut diversifier ses modes des paiements : paiement en régie avec diversification des cartes bancaires, virements référencés et simplifiés, etc.

Le recueil d'une adresse courriel fiabilisée permet de doubler l'émission d'une facture papier par un envoi dématérialisé, et de proposer au patient, en cas de reste à charge après sa sortie, une solution de paiement en ligne.

² Pour rappel, le paiement d'avance ou le paiement avant sortie ne sont possibles que lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement réunies : 1/ il s'agit de soins programmés 2/ il s'agit de patients ne relevant pas des cas 1 et 2 mentionnés en introduction de la présente instruction 3/ la prise en charge ne relève ni de l'AME, ni des soins urgents.

Il est également rappelé que lorsque ces trois conditions sont réunies, le prix de facturation, à la fois des soins et de la chambre particulière, est libre (cf. point 6 du guide de facturation de la DGOS : Partie 1 - Admission, sortie, et prise en charge administrative du patient - Ministère de la santé, de la famille, de l'autonomie et des personnes handicapées).

³ Et uniquement dans les cas où les trois conditions de la note de bas de page 2 sont réunies.

4. Pour les établissements publics, renforcer le partenariat avec les comptables

Pour les créances résiduelles qui n'auront pas été réglées avant la sortie du patient, l'établissement veille à la qualité des titres émis, afin de limiter les rejets et fournir des informations fiables et circonstanciées aux postes consulaires chargés de recouvrer ces créances à l'étranger.

Le traitement des questions liées au titrage des NASEF ainsi que les règles d'admission en non-valeur des titres non recouverts seront formalisés au sein de la convention de partenariat comptable/ordonnateur que les établissements publics de santé doivent signer d'ici à fin 2026, pour les établissements universitaires a minima. Ces conventions prévoient une évaluation conjointe des difficultés de recouvrement des créances NASEF. Le comptable peut également être sollicité pour un bilan annuel et infra-annuel du recouvrement des NASEF.

Vous veillerez à inclure ce sujet avec les gestionnaires des établissements de santé dans le cadre des dialogues de gestion, et suivrez tout particulièrement la mise en œuvre de ces recommandations dans les établissements présentant un niveau important de restes à recouvrer sur les créances des NASEF et le niveau d'apurement progressif de ces dernières.

Sachant pouvoir compter sur votre soutien, je serai attentive à toutes les propositions que vous souhaiterez porter à ma connaissance en vue de déployer à tous les échelons cette démarche nécessaire.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale adjointe,

A stylized, bold, black signature that reads "signé" in a cursive-like font.

Sophie BARON

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de l'offre de soins,

A stylized, bold, black signature that reads "signé" in a cursive-like font.

Hugo GILARDI