

Détermination du débiteur (hors assurance maladie obligatoire ou complémentaire)

LE DEBITEUR EST LE PATIENT

1. Les textes de référence

- Article [L. 162-21](#) du code de la sécurité sociale ;
- Articles [R. 115-1](#) et [R. 115-2](#) du code de la sécurité sociale ;
- Articles [L. 6416-5](#) et [R. 6145-4](#) du Code de la santé publique ;
- Instruction codificatrice n°07-005-M21 du 17 janvier 2007 ;
- Circulaire interministérielle NOR ECOR9806010C du 18 juin 1998.

2. La problématique générale de la détermination du débiteur lorsqu'il est le patient

Par « débiteur », il faut entendre la personne physique ou morale à l'encontre de laquelle le titre est émis. En matière de titres de recettes hospitaliers, il peut s'agir du malade lui-même ou de ses ayants cause tenus au paiement, soit en vertu des principes de droit commun (parents, héritiers...), soit en vertu des règlements ou de conventions (se référer à la fiche « [Détermination des débiteurs autre que le patient](#) »).

La détermination du débiteur et le recueil d'informations précises et vérifiées constituent les premières étapes du processus de facturation et de recouvrement des produits hospitaliers.

En conséquence, dès l'admission du patient, les services administratifs de l'établissement doivent recueillir toutes les informations utiles sur l'identité du patient et vérifier s'il bénéficie de droits ouverts auprès d'organismes tiers payants.

Important : il est rappelé que l'article [L 162-21](#) alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale permet aux établissements publics de santé de demander à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie. Cette formalité complète utilement la vérification des droits à l'assurance maladie opérée par la lecture de la carte Vitale.

Des compléments peuvent être consultés à l'instruction codificatrice n°07-005-M21 du 17 janvier 2007, pour ce qui concerne les établissements publics de santé.

3. Le patient lui-même

Principe : lorsque les frais de séjour du patient ne sont pas susceptibles d'être pris en charge par un dispositif de protection sociale relevant de l'assurance maladie, de l'État ou de tout autre organisme public ou privé, le patient doit souscrire un engagement de payer et verser une provision au moment de son entrée.

Le principe vaut pour tous les patients, français ou étrangers, recevant des soins dans un établissement de santé situé en métropole ou dans les départements et collectivités d'Outre-mer.

S'il n'est pas en mesure de justifier de sa prise en charge par un organisme tiers payant, le patient doit, sur le fondement de l'article [R 6145-4](#) du code de la santé publique, souscrire un engagement de payer. **Sauf dans les cas d'urgence**, il est tenu de verser au moment de son entrée dans l'établissement, une provision renouvelable calculée sur la base de la durée estimée du séjour.

Les services administratifs des établissements doivent être bien informés des conditions dans lesquelles l'engagement de payer peut être proposé ainsi que sur la rédaction de ce document, dans la mesure où un tel engagement permet, le cas échéant, la mise en cause du redevable domicilié à l'étranger sur le fondement d'un document où il reconnaît sa dette.

Cette disposition s'applique également aux Français résidant à l'étranger et aux ressortissants communautaires non couverts par un régime de sécurité sociale.

Cas particulier de Mayotte : à Mayotte, les personnes qui ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie de Mayotte ni à un régime d'assurance maladie de métropole ou des Départements d'Outre-Mer (DOM) et dont les frais ne sont pas susceptibles d'être pris en charge par l'État, sont tenues de déposer une provision financière dont le montant est fixé par arrêté du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (article [L 6416-5](#) du code de la santé publique).

4. L'identification juridique du patient

4.1. Les aspects réglementaires

Les services d'admission doivent veiller à recueillir auprès du patient toutes les informations nominatives nécessaires à la qualité de la facturation et des actions de recouvrement. A ce titre, l'identification précise du débiteur demeure une condition déterminante de l'efficacité de l'encaissement de la recette correspondante.

Pour les établissements publics de santé, au terme de la circulaire interministérielle NOR ECOR9806010C du 18 juin 1998, le titre de recettes doit comporter un certain nombre de mentions obligatoires afin qu'il puisse être recouvré dans des conditions optimales. Parmi ces mentions obligatoires, figure la désignation précise et complète du débiteur pour éviter toute hésitation sur son identité et faciliter la tâche du recouvrement (pour les personnes physiques : nom, prénom, adresse).

Par ailleurs, outre les renseignements généraux sur l'identité du malade, les informations sur les ayants cause et la durée du séjour pourront opportunément être communiquées au service comptable.

Enfin, le numéro de sécurité sociale (articles [R 115-1](#) et [R 115-2](#) CSS) peut également être communiqué au comptable de l'établissement, qui, le cas échéant, en fera usage dans les limites fixées par la CNIL.

4.2. Les bonnes pratiques

La saisie des nom, prénoms, civilité, adresse (etc.) doit être normalisée autant que faire se peut, notamment en unifiant les pratiques de saisie : ne pas alterner Monsieur / M. / Mr (...) et préférer directement la saisie du nom du débiteur dès le premier caractère. Il est recommandé aux établissements publics de santé de se rapprocher des services de leur comptable de manière à fixer de manière conjointe et normalisée les modalités d'établissement et de communication de ces informations majeures.