

# PATIENT EN CONSULTATION EXTERNE

---

## 1. Les textes de référence

---

- Article [L 6111-1](#) du code de la santé publique ;
- Article [L 162-26](#) du code de la sécurité sociale ;
- Article [R 162-51](#) du code de la sécurité sociale.

## 2. Le dossier d'un consultant externe

---

La première consultation d'un patient externe donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à son identité et à la couverture sociale dont il bénéficie.

Ces informations sont confidentielles, les agents hospitaliers étant tenus au secret professionnel « pour les faits, informations et documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leur fonction. »

### 2.1. Les informations relatives à l'état civil

---

- Nom, prénom, sexe ;
- Nom de jeune fille (si applicable) ;
- Date de naissance ;
- Adresse ;
- Téléphone (si possible).

Ces éléments doivent être **vérifiés** à partir de documents présentés par le patient ou son ayant droit, tels que la carte nationale d'identité ou le permis de conduire, le passeport ou la carte de séjour.

### 2.2. Les informations relatives à la couverture sociale

---

Pour permettre aux patients de bénéficier du tiers payant et leur éviter ainsi de faire l'avance des frais, il convient de leur demander :

- **Leur carte Vitale** à jour ou, à défaut, l'attestation papier de droits ouverts à un organisme d'assurance maladie ;
- **Leur carte de mutualiste.**
  - o **Ou une attestation de CMU complémentaire** (cette vérification de droits à la CMUc peut également se faire à partir de la lecture de la carte Vitale) ;
  - o **Ou une attestation d'Aide Médicale de l'Etat (AME)** ;
  - o **Ou la carte européenne d'assurance maladie (CEAM)** ou formulaire E 112.

Ces informations doivent être vérifiées et éventuellement complétées et actualisées lors des différentes venues du consultant.

## 3. Le circuit du consultant

---

Le circuit du patient doit être conçu de manière à faciliter son accès aux caisses des consultations.

Le paiement au comptant doit être privilégié pour le règlement du ticket modérateur ou, pour les non assurés sociaux, de la totalité des frais.

Ce paiement au comptant peut être réalisé :

- Soit en **pré-paiement**, c'est à dire avant la consultation ou la réalisation des actes dès lors que ceux-ci peuvent être pré-identifiés par le service (par exemple, sur présentation d'une convocation portant les actes à exécuter) ;
- Soit immédiatement **après** la consultation, si les actes ont été saisis en temps réel dans l'application informatique du service de soins, ou à partir d'une « fiche de circulation » listant les actes réalisés et remise au patient.

Si le consultant ne passe pas en caisse, une facture doit lui être envoyée dans les plus brefs délais.