

ORIENTACIONES GENERALES SOBRE ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA FRANCESA

Para ayudar a los españoles que llegan a Francia a familiarizarse con él, a continuación, se presentan unas orientaciones generales sobre acceso al sistema sanitario en este país en determinados casos: trabajadores desplazados por sus empresas; personas que van a trabajar (y cotizar) por primera vez en Francia; personas que meramente residen en Francia, sin trabajar ni cotizar; además de estudiantes y pensionistas. También se presentan algunos rasgos generales del funcionamiento de ese sistema sanitario.

La gestión del derecho a la asistencia sanitaria de la seguridad social en Francia corresponde, esencialmente, a tres organismos: [l'Assurance Maladie](#) (Régimen General), la [Mutualité Sociale Agricole](#) (MSA, Régimen Agrario) y el RSI ([Régimen de Autónomos](#)). **Son estos organismos los exclusivos responsables de proporcionar a las personas interesadas información fehaciente sobre el procedimiento que en cada caso se debe seguir para acceder a la asistencia sanitaria en Francia, y de recibir y gestionar sus solicitudes.**

1.- FORMAS DE ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN FRANCIA

1.1.- TRABAJADORES DESPLAZADOS, QUE COTIZAN EN ESPAÑA

Estas personas tienen derecho a la asistencia sanitaria en Francia a cargo de la Seguridad Social española. Los documentos en principio necesarios para solicitar la “Carte Vitale” (tarjeta sanitaria francesa) son:

- ❖ Original del formulario S1 (acredita el derecho a la asistencia sanitaria a cargo de España). Se recuerda que para obtener un formulario S1 es imprescindible disponer antes del formulario A1 (que acredita la legislación de seguridad social aplicable), el cual debe ser solicitado por la empresa en la Administración de la Seguridad Social (Tesorería General de la Seguridad Social, TGSS) que corresponda. Una vez se disponga del A1, el original del formulario S1 se solicitará en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). En el siguiente [enlace](#) se podrán encontrar los datos de contacto tanto de la TGSS como del INSS.
- ❖ Fotocopia del pasaporte o DNI del titular y de todos los miembros de la familia que residan en Francia y sean beneficiarios de aquel. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) verificará si los derechohabientes del trabajador revisten la calidad de miembros de la familia que permite el acceso a la asistencia sanitaria, conforme a la normativa francesa de Seguridad Social (ver último párrafo de este punto). En caso afirmativo, disfrutarán de la atención médica que reciban en Francia como si estuvieran afiliados en este país. De no ser así, los derechohabientes pueden, si procede, afiliarse al régimen francés de seguridad social, a condición de que abonen eventualmente las cuotas correspondientes.
- ❖ Certificación en extracto de inscripción de nacimiento de todos los miembros de la familia que puedan ser beneficiarios (multilingüe o traducida). Se puede a través de [este enlace](#) del Ministerio de Justicia, o a través del Consulado General de España.
- ❖ Fotocopia del libro de familia, en su caso.
- ❖ Justificante del domicilio en Francia (contrato de arrendamiento, recibos de gas, teléfono, electricidad, etc.).
- ❖ Certificado bancario (en francés, RIB, Relevé d'Identité Bancaire) original de la entidad bancaria para el ingreso de los reembolsos.
- ❖ Una vez que se tiene toda la documentación, se deberá presentar mediante una solicitud dirigida a la CPAM correspondiente al lugar de residencia.

Con respecto a las posibles personas beneficiarias del trabajador desplazado se recuerda que su

derecho a la asistencia sanitaria en Francia se reconoce en base a la legislación vigente en Francia, no en España.

En Francia y desde 1 de enero de 2016, no es posible para las personas mayores de edad (por ejemplo, los cónyuges de los trabajadores desplazados), ser beneficiarios de un titular del derecho, sino que tienen que solicitar la asistencia sanitaria por derecho propio, ya sea porque trabajen en Francia, ya porque tengan una residencia regular y estable en este país (ver punto 1.3).

Más información a través de estos enlaces del [CLEISS](#): y de [Ameli](#).

1.2.- TRABAJADORES CON PRIMER EMPLEO EN FRANCIA

Tras la imprescindible [afiliación previa](#) a la Seguridad Social francesa por parte del empleador, el trabajador debe solicitar su Carte Vitale. Los documentos en principio precisos son:

- ❖ Formulario de solicitud (que puede obtenerse [a través de este enlace](#)) cumplimentado y firmado. En el caso de estar acompañado por hijos menores de edad, se debe cumplimentar este [otro formulario](#).
- ❖ Fotocopia del Pasaporte o DNI.
- ❖ Certificación en extracto de inscripción de nacimiento de todos los miembros de la familia (multilingüe o traducida) para los que se pida asistencia sanitaria. Se puede obtener en la [sede del Ministerio de Justicia](#), o a través del Consulado General de España.
- ❖ Fotocopia del libro de familia, en su caso.
- ❖ Justificante del domicilio en Francia (contrato de arrendamiento, recibos de gas, teléfono, electricidad, etc.).
- ❖ Certificado bancario (en francés, RIB, Relevé d'Identité Bancaire) original de la entidad bancaria para el ingreso de los reembolsos.
- ❖ Copia del contrato de trabajo y de la primera o primeras nóminas.

[La cobertura comienza el primer día de trabajo](#) y aseguramiento en Francia, sin que sea exigible una actividad mínima, aunque no se disponga de Carte Vitale se deben guardar los justificantes de gastos para solicitar más adelante su reembolso.

Tras un primer tratamiento de la documentación, se asignará un número provisional de seguridad social. La obtención de la Carte Vitale llevará más tiempo, ya que los documentos de identidad presentados deberán ser autenticados por el INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques).

Los empleadores privados deben ofrecer, a sus asalariados que no dispongan ya de ella, una cobertura complementaria mutualista que pague los importantes copagos que la asistencia sanitaria pública francesa exige. La inclusión de los familiares a cargo del trabajador es opcional. La [participación financiera del empleador](#) debe ser al menos del 50 %.

La Seguridad Social francesa ofrece más información [a través de este enlace](#) de Ameli y de este otro del [CLEISS](#).

1.3.- PERSONAS «INACTIVAS»

La decisión de emitir o no la Carte Vitale a quienes no trabajen, ni por lo tanto coticen, ni tengan cobertura sanitaria por otra vía, se adopta por las CPAM a la vista de las circunstancias concurrentes en cada caso y, entre otros criterios, en base a apreciar si existe o no una [residencia “regular y estable” en Francia](#) de al menos tres meses. El acceso a la Carte Vitale en este caso puede conllevar el abono por la persona interesada de las correspondientes cuotas. Se debe presentar en la CPAM el “Cuestionario de “búsqueda de derechos” de nacionales de la UE inactivos” (“Questionnaire “recherche de droits” ressortissants européens inactifs”) que se

puede encontrar en documento con formato PDF, aparte en nuestra página de Internet. Ese formulario debe ir acompañado de:

- ❖ Fotocopia del Pasaporte o DNI.
- ❖ Justificante del domicilio en Francia (contrato de arrendamiento, recibos de gas, teléfono, electricidad, etc.).
- ❖ Justificantes de los recursos económicos en los últimos 12 meses.
- ❖ Además, se debe aportar la documentación adicional que sea precisa, según se indiquen cada caso por el órgano tramitador. Entre ella puede figurar la siguiente
- ❖ [Formulario](#) de solicitud cumplimentado y firmado. En caso de estar acompañado por hijos menores de edad, se debe cumplimentar además, este otro [formulario](#).
- ❖ Certificado bancario (en francés, RIB, Relevé d'Identité Bancaire) original de la entidad bancaria para el ingreso de los reembolsos.
- ❖ Certificado de carecer de derecho a la asistencia sanitaria por España, expedido por el INSS.
- ❖ En la gestión de estos expedientes normalmente interviene, además de la CPAM que corresponda, el CREIC (Centre des Ressortissants Européens Inactifs), y su tramitación puede ser muy compleja y lenta.

1.4.- ESTUDIANTES Y PENSIONISTAS

Los **estudiantes españoles** que no tengan cobertura sanitaria a través de la TSE o CPS españoles, si cumplen los requisitos, pueden [solicitar su cobertura](#) como estudiantes.

Por su parte, los **pensionistas por España** que vengán a residir en Francia y que no disfruten de pensión francesa pueden acceder a la asistencia sanitaria francesa de forma similar a lo indicado para los trabajadores desplazados en el punto 1.1 de esta nota, sólo que deben solicitar al INSS el original del formulario S1.

2.- ALGUNOS RASGOS DEL SISTEMA SANITARIO FRANCÉS

2.1.- LOS COPAGOS

En Francia, el catálogo de prestaciones sanitarias difiere del español y, además, los usuarios del sistema sanitario deben afrontar unos importantes copagos por buena parte de los servicios médicos que se reciban («[ticket modérateur](#)»). El copago del paciente será mayor si no cumple el denominado «recorrido sanitario obligatorio» ([parcours de soins](#); véase el punto siguiente).

Además, hay una serie de costes que asume el paciente, en concreto: el copago fijo de las intervenciones médicas graves ([forfait actes lourds](#)); el copago fijo de cada intervención médica (participation forfaitaire sur les actes médicaux) y la franquicia médica ([franchise médicale](#)) relativa a medicamentos, intervenciones paramédicas y los transportes médicos.

Cabe evitar los copagos suscribiendo un seguro (mutuelle) que los cubra (que como hemos visto han de ofrecer obligatoriamente los empleadores privados a sus trabajadores). Asimismo, hay casos en que se exime del copago, entre otros, caso de las mujeres embarazadas en determinados periodos, de los recién nacidos, de los niños discapacitados, de quienes reciban tratamiento debido a un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, y de quienes padezcan alguna de las enfermedades para las que se considera necesario un tratamiento prolongado y una terapia particularmente costosa. En el caso de sufrir una enfermedad “de larga duración eximente”, y ser declarada así por el médico de cabecera [la tarifa de la Seguridad Social](#) para los cuidados que afecten a esta patología).

Las antiguas Cobertura Sanitaria Universal Complementaria (CMU-C) y Ayuda de Cobertura Sanitaria (ACS) han sido sustituidas por la [Complementaria de Salud Solidaria](#) (CSS), ayuda

para que las personas de bajos ingresos puedan sufragar sus gastos sanitarios.

2.2.- EL «RECORRIDO SANITARIO OBLIGATORIO»

Antes de acudir al médico o al odontólogo, se aconseja verificar que se trata de un profesional concertado. Entre los médicos concertados, existen dos estatutos posibles:

- Estatuto concertado de Sector 1: en este caso el facultativo cumple el acuerdo integralmente y aplica las tarifas concertadas.
- Estatuto concertado de Sector 2: en este caso el facultativo cumple el acuerdo a excepción de las cláusulas tarifarias y fija libremente sus honorarios, aunque “con tacto y mesura”.

En ambos casos, el reintegro realizado por la CPAM del lugar de prestación de la asistencia sanitaria se hará con base a la tarifa concertada.

En el [sitio web](#) de l'Assurance Maladie, podrá buscar un profesional o un centro sanitario.

Los mayores de 16 años tienen derecho a elegir a su médico de cabecera, que les orientará en relación con los distintos tratamientos sanitarios y que coordinará los historiales médicos personales. El médico de cabecera puede ser un generalista o un especialista; basta con que el interesado acepte asumir esta función. La información para elegir o cambiar el médico de cabecera se encuentra [en esta página de Ameli](#).

El médico de cabecera mantiene actualizado el historial médico y prescribe los exámenes médicos complementarios o remite a otro médico (médecin correspondant) o a un servicio hospitalario o a otro profesional sanitario (masajista fisioterapeuta, asistente técnico sanitario, etc.). Cuando los actos médicos son realizados o recomendados por el médico de cabecera, se reembolsan al tipo normal: el asegurado se encuentra en la trayectoria de atención coordinada.

Por el contrario, si el asegurado no ha elegido a un médico de cabecera o si consulta directamente a un especialista, el reembolso será menor y la cuantía de los gastos a su cargo será mayor que si hubiera pasado por el médico de cabecera. No obstante, en caso de urgencia médica, ausencia del médico de cabecera o de sustituto, o en caso de alejamiento del domicilio, el asegurado puede consultar a otro médico distinto al de cabecera. Por último, los ginecólogos, oftalmólogos, estomatólogos y psiquiatras para determinadas edades pueden ser consultados directamente sin pasar por el médico de cabecera. En cada caso el médico consultado hará constar en la hoja de tratamiento cuál es la situación particular del asegurado. Caso de que se vaya a acceder a la asistencia sanitaria con la tarjeta sanitaria europea, no es necesario seguir el “recorrido sanitario obligatorio”.

2.3.- PAGOS Y REEMBOLSOS

El asegurado abonará los honorarios al profesional sanitario y le presentará su tarjeta “Carte Vitale”. Se trata de una tarjeta inteligente, [que se debe actualizar todos los años](#) y que muestra las prestaciones a las que se tiene derecho, se suministra a toda persona de 16 años o más e incluye toda la información administrativa necesaria para el reembolso de los gastos de tratamiento.

Ello permite generar hojas de tratamiento electrónicas que se envían directamente por medios informáticos a la CPAM. Este procedimiento acelera los plazos de reembolso. Si el profesional sanitario no tiene los equipos necesarios para utilizar la “Carte Vitale”, redactará una “feuille de soins”, que el asegurado deberá remitir a su CPAM para obtener el reembolso.

La CPAM reembolsará los honorarios en función de la tarifa prefijada. Algunos actos o tratamientos especiales requieren el [acuerdo previo de la CPAM](#). La toma a cargo de determinados actos y tratamientos médicos requiere la aprobación previa del Seguro Médico. Se aplican disposiciones especiales para los actos de maso-fisioterapia y ciertos medicamentos hipolipemiantes.

En general, cuando se consulta a un profesional sanitario, se le paga inmediatamente. L'Assurance maladie (y la mutualidad complementaria en su caso) procederán más tarde a reembolsar, total o parcialmente, los costes en los que se ha incurrido. Todo ello salvo que pueda operar la [figura del “Tiers payant”](#).

2.4.- HOSPITALIZACIÓN

El asegurado puede ser hospitalizado en el establecimiento que elija, pero, pero conviene informarse antes de elegir de las tarifas que el hospital aplica y del importe que será reembolsado, porque algunos establecimientos rebasan las tarifas establecidas por la Seguridad Social, y esos sobrecostes no serán reembolsados por l'Assurance Maladie. Además, algunas clínicas privadas no tienen acuerdo con la Seguridad Social. Infórmese [a través de este enlace](#).

El copago por el usuario en caso de hospitalización es del 20 % más un “forfait hospitalier” por cada día que pase en un hospital o en una institución médico-social.

2.5.- MÁS INFORMACIÓN

Las personas cubiertas por l'Assurance Maladie pueden obtener más información en la [página web](#), o a través del teléfono **3646**, que ofrece información sobre derechos y los procedimientos, permite preguntar acerca de una solicitud, comunicar un cambio de circunstancias o consultar el estado de reembolsos. Desde el extranjero: +33 (0) 811 70 36 46. De todas maneras, para comunicarse mejor y más rápido y seguro con l'Assurance Maladie, se recomienda a sus usuarios que se creen una cuenta en la web de esa institución. Para presentar una reclamación ante l'Assurance Maladie, [véase aquí](#).

-

París, 29 de agosto de 2022

La información que se ha facilitado es una síntesis meramente orientativa, y no podrá ser invocada en posibles reclamaciones o recursos.