

EN PRATIQUE

# Le guide de l'hospitalisation





Une publication des *Mutualités Libres*

Rue Saint-Hubert, 19 - 1150 Bruxelles

T 02 778 92 11 - F 02 778 94 04

commu@mloz.be

—

Photos > Isopix

[www.mloz.be](http://www.mloz.be)

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, février 2011  
(N° d'entreprise 411 766 483)

Lors de la rédaction de ce guide, il a été tenu compte de la réglementation jusqu'au 1er février 2011. Les montants mentionnés sont valables pour 2011, jusqu'au moment de la prochaine indexation ou augmentation. Les informations reprises dans ce guide sont fournies sans garantie et sans responsabilité de la part de MLOZ, sauf faute lourde ou intentionnelle. Elles ne valent qu'à la date à laquelle elles sont fournies et MLOZ ne peut en garantir l'exactitude, l'absence d'erreur, le caractère exhaustif et/ou la mise à jour. Elles sont fournies dans un but exclusif d'information, en dehors de toute relation contractuelle et/ou de tout engagement unilatéral de MLOZ.

# Le guide de l'hospitalisation

On ne séjourne pas à l'hôpital par plaisir, mais parce qu'on doit y recevoir impérativement des soins. Installé dans la chambre d'hôpital, il est cependant un peu tard pour s'interroger sur la manière dont le séjour se déroulera et surtout sur le montant de la facture que l'on recevra.

Pour vous éviter toute mauvaise surprise, les Mutualités Libres ont réalisé un guide de l'hospitalisation reprenant tout un ensemble d'informations et de conseils pratiques.

Tous les aspects ne sont pas traités. La matière est complexe et les pratiques diffèrent d'une institution à l'autre. Les principales étapes de votre séjour sont passées en revue de manière chronologique, du choix de l'hôpital et du médecin jusqu'à la sortie, voire la convalescence.

Vous avez une question ou un problème ? N'hésitez pas à contacter votre mutualité.





# Sommaire

<b>1.</b>	Le choix de l'hôpital.....	<b>7</b>
<b>2.</b>	La déclaration d'incapacité de travail .....	<b>9</b>
<b>3.</b>	Préparer l'hospitalisation.....	<b>10</b>
<b>4.</b>	Le choix de la chambre.....	<b>12</b>
<b>5.</b>	Le choix du médecin.....	<b>13</b>
<b>6.</b>	L'acompte .....	<b>17</b>
<b>7.</b>	Le formulaire d'admission.....	<b>18</b>
<b>8.</b>	Quitter l'hôpital.....	<b>20</b>
<b>9.</b>	Le décès .....	<b>22</b>
<b>10.</b>	La facturation.....	<b>23</b>
<b>11.</b>	La facture du patient.....	<b>25</b>
<b>12.</b>	Combien coûte une hospitalisation ? .....	<b>31</b>
<b>13.</b>	L'assurance hospitalisation .....	<b>34</b>
<b>14.</b>	Les bénéficiaires d'une intervention majorée .....	<b>36</b>
<b>15.</b>	Les principaux tarifs en un coup d'œil.....	<b>38</b>





## 1. Le choix de l'hôpital

En principe, chacun peut choisir librement un hôpital. Cependant, le choix du médecin dicte généralement le choix de l'hôpital. Un médecin ne peut, en effet, effectuer des examens ou opérer dans n'importe quel hôpital.

Les conseils de votre médecin traitant peuvent être utiles pour le choix de l'hôpital, mais vous n'êtes pas obligé de les suivre. Vous réglez vous-même le choix et la réservation de la chambre. Le médecin convient uniquement, avec l'hôpital, de la date (prévue) d'admission et prend les dispositions nécessaires pour les examens ou l'intervention (p. ex. réservation du bloc opératoire, rendez-vous avec l'anesthésiste,...).

Pour éviter toute surprise désagréable, informez-vous au préalable quant au prix du séjour et aux honoraires des médecins dans l'hôpital de votre choix.

### Transport en ambulance suite à un appel au service 100

Lorsque vous faites appel au service 100, vous ne pouvez choisir l'hôpital. Vous êtes transporté vers un service hospitalier qui fait partie du circuit "100" et qui dispose de l'équipement nécessaire. Il ne s'agit donc pas forcément de l'hôpital le plus proche. L'assurance maladie prévoit une intervention de 50 % dans les frais d'un transport dans le cadre du service 100. La mutualité accorde toutefois un remboursement partiel ou intégral via l'assurance complémentaire.

Certaines assurances hospitalisation prévoient également une intervention pour un transport dans le cadre du service 100. Vérifiez votre police d'assurance.

#### Transport en ambulance suite à un appel au service 100 Tarifs 2011

Forfait par trajet (1 à 10 km)	€ 57,07
A partir du 11e km	€ 5,70/km
A partir du 21e km	€ 4,36/km

Ces tarifs sont valables tant pour le transport en ambulance partant de votre domicile que pour ceux partant de la voie publique, ainsi que pour le transport urgent entre hôpitaux par un service 100.

Ne payez jamais les frais de transport émanant d'un SMUR (service mobile d'urgence), qui arriverait en même temps que l'ambulance. Ces frais sont à charge de l'hôpital qui a envoyé le SMUR.

### Transport en ambulance sans appel au service 100

Lors d'un **transport de malades** pour lequel on fait directement appel au service ambulancier, vous pouvez choisir l'hôpital. Pour ce type de transport, les tarifs du service 100 mentionnés ci-avant ne sont pas d'application. Les tarifs sont déterminés librement et peuvent varier d'un service de transport à l'autre. Des tarifs plafonnés sont appliqués sur le territoire de langue française de la Région wallonne et en Communauté germanophone.

Le libre choix de l'hôpital ne s'exerce pas nécessairement si vous êtes déjà hospitalisé (transfert). Pour autant que votre situation médicale le permette, le **transfert** vers un autre hôpital ne présente en général aucun problème. Toutefois, des raisons médicales ou techniques peuvent aussi induire un transfert vers un hôpital en particulier ; votre libre choix ne s'exerce alors plus vraiment.

Si vous devez être transféré d'urgence de l'hôpital où vous séjournez vers l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire, les tarifs du service 100 s'appliquent, à condition, bien sûr, que le transport soit effectué par un service 100.

Les frais de transfert sont à charge du patient, sauf dans deux cas pour lesquels ils sont facturés à l'hôpital de départ (et non au patient) :

- un transport entre différents sites d'un même réseau d'hôpitaux ;
- un aller et retour, le même jour, entre deux hôpitaux pour un examen complémentaire ou pour un traitement non réalisable dans l'hôpital de départ.

Les frais de **transport non urgent** sont à charge du patient. L'assurance maladie ne prévoit pas d'intervention, sauf exception. L'assurance maladie accorde des interventions dans les frais de déplacement pour les (parents de) patients souffrant d'affections bien déterminées, ainsi que pour les personnes en revalidation ou admises dans des centres de soins de jour. En général, la mutualité rembourse (partiellement) les frais d'ambulance via l'assurance complémentaire. Certaines assurances hospitalisation prévoient également une intervention pour les frais du transport en ambulance.

Contactez votre mutualité si vous projetez de faire appel à un transport de malade non urgent. La mutualité cherchera avec vous un mode de transport adapté à un prix avantageux.

## 2. La déclaration d'incapacité de travail

Lorsque vous êtes hospitalisé, vous n'êtes plus capable de travailler. Vous êtes en incapacité de travail. C'est alors que votre mutualité intervient et vous octroie, selon certaines conditions bien précises, un revenu de remplacement appelé "indemnité d'incapacité de travail". Les formalités à accomplir sont strictes, il ne faut rien oublier.

En cas d'incapacité de travail, les indépendants et les chômeurs ne doivent prévenir que le médecin-conseil de la mutualité. Les chômeurs doivent également veiller à remplir leur carte de contrôle de façon correcte. Quant aux travailleurs salariés, ils doivent prévenir la mutualité et leur employeur.

### Prévenir l'employeur

L'employeur doit être prévenu selon les modalités prévues dans le contrat de travail, le règlement de travail ou la convention collective de travail (CCT).

La règle générale veut que l'employeur soit immédiatement prévenu de l'incapacité de travail, c.-à-d. le jour même. Dans la plupart des cas, vous devez faire parvenir un certificat médical à votre employeur. Le délai d'envoi est souvent déterminé par le règlement de travail ou par la convention collective de travail. Si tel n'est pas le cas, le certificat doit être envoyé dans les deux jours ouvrables.

### Prévenir l'assureur

Si l'incapacité de travail et l'hospitalisation résultent d'un accident, vous devez prévenir l'assureur concerné. Vous devez également signaler à la mutualité que votre incapacité de travail est due à un accident. Vous recevrez un formulaire de déclaration d'accident, à renvoyer dûment complété.

Si votre assurance hospitalisation prévoit qu'il faut prévenir l'assureur de votre hospitalisation, vous devez faire le nécessaire suivant la procédure ou les formulaires de déclaration.

### Prévenir le médecin-conseil de la mutualité

Vous faites parvenir au médecin-conseil une "attestation d'incapacité de travail" remplie par votre médecin traitant. La mutualité vous remet un certain nombre d'exemplaires de ce document et tient à votre disposition de nouveaux documents, si nécessaire.

Envoyez le document par la poste, le cachet de la poste faisant foi. Ne le déposez pas dans la boîte aux lettres de l'agence locale de votre mutualité et ne le remettez pas non plus en mains propres. En effet, vous ne pourrez recevoir un accusé de réception qu'à l'adresse mentionnée sur le document.

Le médecin-conseil de votre mutualité doit recevoir votre déclaration d'incapacité de travail dans les délais fixés, qui peuvent varier selon votre statut. Le tableau ci-dessous indique le **déla**i maximal en jours calendrier suivant le jour où l'incapacité de travail a commencé. Les délais mentionnés sont suspendus pendant toute la durée de l'hospitalisation.

Délai pour la déclaration d'incapacité de travail	
Chômeurs Autres catégories (*) Rechute (**)	3 jours
Ouvrier	14 jours
Employé	28 jours
Indépendant	29 jours

(\*) entre autres, les personnes qui, le premier jour de l'incapacité, ne sont pas ou plus liées par un contrat de travail et qui ne sont pas chômeurs (p. ex. en période de préavis)

(\*\*) retomber en incapacité de travail dans les 14 jours après la reprise du travail



## 3. Préparer son hospitalisation

### Les documents administratifs

- ✓ Votre carte SIS et votre carte d'identité. La carte SIS permet à l'hôpital de vérifier votre statut d'assuré. En comparant les données de la carte SIS à celles de la carte d'identité, l'hôpital s'assure de votre identité.
- ✓ Les données d'identification de votre assurance hospitalisation. Ces données ne doivent être communiquées que si la facture à charge du patient est directement payée par l'assureur à l'hôpital. Dans ce cas, vous disposez en général d'une carte remise par l'assureur. Si les conditions de votre police d'assurance l'admettent, il est préférable de ne pas signaler au médecin ou à l'hôpital que vous avez une assurance hospitalisation. Les suppléments d'honoraires risqueraient d'être revus à la hausse.
- ✓ Les données d'identification de l'assurance accident. Lorsque l'hospitalisation est le résultat d'un accident, l'hôpital peut directement régler les frais avec l'assureur.
- ✓ Les coordonnées de votre médecin traitant et du médecin qui vous a envoyé à l'hôpital.
- ✓ Les coordonnées de la personne de contact à qui l'hôpital peut s'adresser pendant la durée du séjour.
- ✓ L'assistance philosophique, morale ou religieuse de votre choix ainsi que les spécificités alimentaires et autres qui en découlent.

### Les données médicales

- ✓ La lettre de renvoi et autres documents éventuels de votre médecin généraliste ou d'un autre médecin traitant, comme par exemple, les protocoles éventuels et clichés de l'imagerie médicale (RX,...) ou autres résultats d'examen (analyses,...).
- ✓ Les cartes de groupe sanguin et de vaccination.
- ✓ La liste des médicaments que vous prenez.
- ✓ Les documents signalant le risque d'allergies.
- ✓ Les prescriptions diététiques.
- ✓ Une liste reprenant la nature et les dates approximatives d'interventions antérieures et d'affections vécues.
- ✓ Le document "consentement éclairé" signé concernant votre traitement.

## Le consentement éclairé

Chaque patient a le droit de consentir à un acte, comme par exemple, un examen médical, une intervention chirurgicale ou la décision d'arrêter un traitement.

Le consentement doit être explicite. Toutefois, le consentement peut également être déduit clairement de la réaction et du comportement du patient qui a reçu toute l'information. Le consentement peut également être mis sur papier et joint au dossier du patient.

Consentir à un acte suppose que l'information est suffisamment claire pour être bien comprise. C'est ce que l'on nomme le "consentement éclairé".

L'information doit être donnée au préalable et à temps, de manière à ce que vous puissiez demander un deuxième avis.

L'information doit être communiquée de manière claire et compréhensible. Vous pouvez demander d'être informé par écrit ou de transmettre l'information à la personne de confiance de votre choix. Chaque patient peut refuser d'être informé.

En tant que patient, vous serez informé sur :

- l'objectif de l'acte
- la nature de l'acte
- l'urgence
- la durée
- la fréquence
- les contre-indications pertinentes
- les effets secondaires et les risques
- les soins requis
- les alternatives éventuelles
- l'aspect financier
- les conséquences éventuelles en cas de refus/révocation du consentement

## Les effets personnels

- ✓ Des habits adéquats, une trousse de toilette, du papier et de quoi écrire, de la lecture, etc.
- ✓ Ne prenez pas d'objets de valeur à l'hôpital. L'institution ne répond pas de la disparition d'objets de valeur. Dans la plupart des cas, l'hôpital vous propose de les ranger en toute sécurité.
- ✓ Ne prenez pas votre GSM. L'utilisation d'un portable est, le plus souvent, interdite dans les hôpitaux.
- ✓ Ne prenez pas trop d'argent.

## Le dépôt, la gérance

Bien que l'hôpital ne réponde pas de la disparition d'objets, il a l'obligation de prendre en dépôt les objets appartenant aux patients. Une situation de mise en dépôt ne se présente que lorsque le patient n'est pas capable de gérer ses avoirs. Souvent, il s'agit de patients ayant perdu conscience ou de personnes devant laisser certaines choses dans le local d'examen.

Le personnel est tenu de respecter une procédure pour le rangement ou la garde et la remise d'objets appartenant aux patients.

## La brochure d'accueil

Demandez à l'hôpital une brochure d'accueil ou regardez sur le site Internet de l'hôpital. Vous y trouverez toutes sortes d'informations sur l'établissement et les règles internes.

L'hôpital doit y mentionner le rapport juridique existant entre l'hôpital et les médecins et paramédicaux qui y travaillent, ainsi que la personne à qui il faut s'adresser pour avoir des informations spécifiques à ce sujet. En cas de suspicion d'erreur médicale, ceci permet notamment au patient de savoir à quel assureur il doit s'adresser (celui du médecin ou celui de l'hôpital).

## 4. Le choix de la chambre

L'hôpital propose trois types de chambres :

- des chambres communes
- des chambres à deux lits
- des chambres individuelles

Le choix de la chambre n'a aucune influence sur la qualité des soins. En revanche, ce choix a des répercussions sur le **prix de la chambre** et sur les **honoraires médicaux**. Vous indiquez votre choix sur le formulaire d'admission (cf. p. 18).

### Les suppléments de chambre

Chaque patient paie une **quote-part personnelle**, indépendamment du choix de la chambre. Lorsque vous optez pour une chambre individuelle, l'hôpital facture un **supplément**.

Suppléments de chambre	
Chambre commune	Vous ne payez aucun supplément
Chambre à deux lits	Vous ne payez aucun supplément
Chambre particulière	Vous payez un supplément fixé par l'hôpital

Les suppléments de chambre sont indiqués sur le formulaire d'admission. La mutualité peut vous renseigner quant aux suppléments de chambre dans les hôpitaux.

En 2010, dans 54 % des hôpitaux généraux, vous payez maximum 50 euros par jour pour une chambre particulière :

- 30 % des hôpitaux demandent 25 euros maximum par jour pour une chambre particulière.
- Dans 15 hôpitaux, tous situés dans le centre du pays, une chambre particulière coûte à peu près 75 euros par jour.
- Le supplément de chambre le plus important s'élève à 190 euros/jour.

**Vous pouvez également surfer sur le site [www.mloz.be](http://www.mloz.be)**

Dans la rubrique "Suppléments hospitaliers", vous trouverez une base de données reprenant – pour chaque hôpital belge – les acomptes, les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires maximum annoncés.

### L'interdiction de suppléments de chambre

L'hôpital ne peut pas vous réclamer de suppléments de chambre lorsque vous séjournez dans une **chambre individuelle** :

- pour des raisons de santé ;
- parce que les conditions techniques de l'examen, du traitement ou de l'observation l'exigent ;
- parce qu'il n'y a aucune chambre commune ou à deux lits disponibles ;
- suite à une admission bon gré mal gré dans un service d'urgences ou dans un service de soins intensifs ;
- en tant que parent, pour accompagner votre enfant qui est hospitalisé ("rooming-in").



## 5. Le choix du **médecin**

Chacun peut se faire soigner par le médecin de son choix. Lors d'une admission à l'hôpital, le choix du médecin est généralement lié au choix de l'hôpital. Outre la spécialité et la réputation du médecin, le statut conventionnel des médecins peut être important pour effectuer votre choix.

### Le statut du médecin

Les mutualités concluent des conventions avec différents groupes de professionnels et avec différentes institutions du secteur des soins de santé. Ces conventions établissent un certain nombre de règles à respecter et fixent les honoraires.

La convention entre les mutualités et les médecins est appelée l'accord médico-mutualiste (Medicomut) et elle détermine - entre autres - les honoraires médicaux.

Les médecins peuvent refuser de souscrire à cet accord. Ceux qui souscrivent à la convention sont dits "**conventionnés**", ceux qui la refusent sont "**non conventionnés**". S'ils limitent leur adhésion, ils sont "**partiellement conventionnés**".

Pourcentage de médecins non conventionnés (Chiffres pour 2011)		
Période	Généralistes	Spécialistes
2006-2007	13,5	18,3
2008	12,5	17,6
2009-2010	13,0	20,2
2011	12,3	20

Certaines spécialités comptent un nombre considérablement élevé de médecins non conventionnés par rapport à la moyenne (20 %) :

Nombre de médecins non conventionnés (NC) par spécialité (Chiffres pour 2011)	
Spécialité	% NC
Chirurgie des vaisseaux	66,4
Chirurgie plastique	61,2
Ophtalmologie	54,7
Gynécologie	50,7
Stomatologie	40,8

## Comment savoir si un médecin est conventionné ou non ?

Tous les prestataires de soins sont légalement tenus de communiquer clairement à leurs patients s'ils sont conventionnés ou pas. Les médecins partiellement conventionnés doivent clairement informer les patients des jours et des heures durant lesquels ils ne sont pas conventionnés.

L'information relative au statut doit comprendre un affichage clair et lisible. Dans les endroits où travaillent plusieurs prestataires, l'obligation d'information peut être organisée de manière commune et centralisée. Le prestataire qui ne respecte pas cette obligation d'information s'expose à une amende administrative de 125 euros.

Un manque d'informations par rapport au statut se répercute sur les honoraires qui peuvent vous être facturés.

En effet, les suppléments d'honoraires sont interdits :

- pour les consultations à l'hôpital si le patient n'a pas expressément été informé préalablement du statut du prestataire (conventionné ou non) par l'établissement de soins au moment où les soins sont administrés ;
- si le patient n'a pas été informé au préalable des jours et des heures auxquels un prestataire n'est pas conventionné.

En plus de l'obligation générale d'information par rapport au statut, un règlement spécifique pour les médecins hospitaliers est d'application. En effet, l'hôpital doit pouvoir présenter des listes reprenant, d'une part, les médecins hospitaliers qui se sont engagés à appliquer les tarifs conventionnés et, d'autre part, les médecins hospitaliers qui ne se sont pas engagés à appliquer les tarifs conventionnés. Le patient peut consulter ces listes sur demande.

La mutualité peut vous indiquer si un médecin est conventionné ou non. Il suffit de connaître le nom et le prénom ou le numéro d'identification du médecin.

Vous pouvez également le demander au médecin lui-même.

En toute logique, ces listes doivent uniquement pouvoir être présentées dans les hôpitaux qui annoncent des suppléments d'honoraires pour les chambres communes et dans les hôpitaux qui pratiquent plusieurs suppléments d'honoraires pour les chambres particulières en fonction du statut du médecin (conventionné ou non).

## Les suppléments d'honoraires

### Qu'est-ce qu'un supplément d'honoraires ?

On retrouve la majorité des prestations remboursées par la mutualité dans ce qu'on appelle la "Nomenclature des soins de santé". Pour chaque prestation reprise, un prix ou tarif est convenu : c'est le "**tarif de la convention**".

Pour la plupart des prestations médicales, le remboursement par la mutualité est le même que le tarif de convention. Dans un certain nombre de cas, la mutualité rembourse moins que le tarif de la convention. La partie que le patient doit payer lui-même s'appelle **ticket modérateur** ou **quote-part personnelle**. La partie qu'il paie au-delà du tarif de convention est un **supplément d'honoraires**. Habituellement, les suppléments d'honoraires s'expriment en pourcentage. Un supplément d'honoraires de 100 % signifie que le patient se voit facturer un supplément équivalent au tarif de convention.

### Schéma du tarif de la convention - Supplément d'honoraires

Remboursement de la mutualité, ici 75 % du tarif de la convention	Ticket modérateur à charge du patient, ici 25 % du tarif de la convention	Supplément à charge du patient, ici 100 % au-dessus du tarif de la convention
Remboursement de la mutualité + ticket modérateur = tarif de la convention		Suppléments d'honoraires

Les suppléments d'honoraires ne sont pas remboursés par la mutualité. Un remboursement via une assurance hospitalisation est généralement possible, selon les plafonds et conditions mentionnés dans la police d'assurance, du moins pour les assurances hospitalisation qui remboursent les frais réels et non les forfaits journaliers.

## A combien s'élèvent les suppléments d'honoraires ?

La loi ne fixe pas de plafond pour les suppléments d'honoraires.

Le médecin peut donc fixer "librement" ses honoraires dans les limites imposées par la loi, l'accord ou la convention.

D'après le code déontologique des médecins, ce dernier doit faire preuve de modération et de discrétion lorsqu'il fixe ses honoraires. Il peut toutefois tenir compte de l'importance des prestations délivrées, du service fourni et d'éventuelles circonstances particulières. Dans une moindre mesure, la réputation du médecin et la situation financière du patient peuvent également jouer un rôle. En d'autres termes, les honoraires ne peuvent pas être exagérés.

Les tribunaux évaluent si les honoraires sont raisonnables. Un médecin ne peut refuser de donner au patient ou à son représentant des explications relatives à ses honoraires.

Si vous avez des questions sur les honoraires imputés ou les suppléments d'honoraires, contactez votre mutualité AVANT de payer.

Quant aux hôpitaux, ils fixent les suppléments d'honoraires maximums pouvant être facturés aux patients hospitalisés par type de chambre dans une convention avec les médecins qui y travaillent.

En 2010, dans 51 % des hôpitaux généraux, le supplément d'honoraires s'élève à maximum 100 %. Un tiers des hôpitaux annonce des suppléments d'honoraires de 200 % et plus. Cinq sites hospitaliers vont jusqu'à 400 %. Pour 14 sites hospitaliers, la limite est de 300 %.

Certains médecins non conventionnés appliquent des suppléments d'honoraires allant de 25 à 400 % :

- pour des chambres à deux lits dans 26 sites hospitaliers ;
- pour des chambres communes dans 13 sites hospitaliers.

## Comment savoir quels suppléments d'honoraires peuvent être facturés ?

L'hôpital doit vous informer sur les suppléments d'honoraires qui peuvent vous être facturés : les montants maximum par type de chambre sont mentionnés sur le formulaire d'admission (cf. p. 18). Vous pouvez éventuellement retrouver ces informations sur le site Internet de l'hôpital.

Votre mutualité peut aussi vous communiquer les suppléments d'honoraires pratiqués dans les hôpitaux.

### **Vous pouvez également surfer sur le site [www.mloz.be](http://www.mloz.be)**

Dans la rubrique "Suppléments hospitaliers", vous trouverez une base de données reprenant – pour chaque hôpital belge – les acomptes, les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires maximum annoncés.

## Qui peut facturer des suppléments d'honoraires ?

Les **médecins conventionnés**, qu'ils soient totalement ou partiellement conventionnés, doivent respecter les tarifs de la convention pour les patients en chambre commune ou à deux lits. Ils peuvent, sauf exception, facturer des suppléments d'honoraires aux patients en chambre particulière.

Les **médecins non conventionnés** peuvent, sauf exception, facturer des suppléments d'honoraires quel que soit le type de chambre choisi par le patient.

Suppléments d'honoraires possibles en cas d'hospitalisation		
Types de chambre	Médecin conventionné	Médecin non conventionné
Commune	Non	Oui
A deux lits	Non	Oui
Particulière	Oui	Oui

Le tableau ne reprend que le principe général et ne tient pas compte de l'interdiction de suppléments d'honoraires telle que déterminée par la loi, l'accord ou la convention entre le médecin et l'hôpital.

Aucun médecin ne peut facturer de suppléments d'honoraires pour :

- les honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale indépendamment du choix de la chambre ;
- des prestations effectuées dans le cadre de consultations à l'hôpital, si le patient n'a pas été préalablement informé du statut du médecin au moment de la prestation.

### Interdiction de suppléments d'honoraires pour **les médecins conventionnés**

Chambre commune / chambre à deux lits	Chambre particulière
Interdiction générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour des raisons de santé</li> <li>• Parce que les conditions techniques de l'examen, du traitement ou de l'observation l'exigent</li> <li>• Parce qu'il n'y a pas de chambres communes ou à deux lits disponibles</li> <li>• Suite à une admission bon gré mal gré dans un service d'urgences ou dans un service de soins intensifs</li> <li>• S'il s'agit d'un enfant qui séjourne à l'hôpital accompagné d'un parent (rooming-in) qui n'a signé aucun document demandant expressément une chambre particulière</li> </ul>

### Interdiction de suppléments d'honoraires pour **les médecins non conventionnés**

Chambre commune / chambre à deux lits	Chambre particulière
<p>En cas d'hospitalisation dans une chambre à deux lits :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour des raisons de santé</li> <li>• parce que les conditions techniques de l'examen, du traitement ou de l'observation l'exigent</li> <li>• parce qu'il n'y a pas de chambre commune disponible</li> </ul> <p>Suite à une admission bon gré mal gré dans un service d'urgences ou dans un service de soins intensifs</p> <p>S'il s'agit d'un enfant qui séjourne à l'hôpital accompagné d'un parent (rooming-in)</p> <p>Pour les patients avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'intervention majorée (et leurs personnes à charge)</li> <li>• le forfait maladies chroniques</li> <li>• l'intervention matériel d'incontinence</li> <li>• l'intervention soins palliatifs ou les patients hospitalisés dans un service de soins palliatifs</li> <li>• allocations familiales majorées</li> </ul>	<p>En cas d'hospitalisation dans une chambre particulière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour des raisons de santé</li> <li>• parce que les conditions techniques de l'examen, du traitement ou de l'observation l'exigent</li> <li>• parce qu'il n'y a pas d'autre type de chambre disponible</li> </ul> <p>Suite à une admission bon gré mal gré dans un service d'urgences ou dans un service de soins intensifs</p> <p>S'il s'agit d'un enfant qui séjourne à l'hôpital accompagné d'un parent (rooming-in) qui n'a signé aucun document demandant expressément une chambre particulière</p>

### **Le personnel paramédical et les suppléments d'honoraires**

Au niveau des paramédicaux, une distinction est faite, comme pour les médecins, entre prestataires conventionnés et non conventionnés.

- **Les prestataires non conventionnés** (dans la pratique, cela arrive rarement) peuvent réclamer des suppléments d'honoraires quelle que soit la chambre choisie. Ils sont toutefois tenus de respecter les tarifs des conventions pour les bénéficiaires de l'intervention majorée. Le remboursement de la mutualité pour les prestations de prestataires non conventionnés est d'un quart inférieur à celui de leurs collègues conventionnés, excepté pour les bénéficiaires d'une intervention majorée.
- **Les prestataires conventionnés** doivent respecter les tarifs de la convention quel que soit le choix de la chambre. Contrairement aux médecins conventionnés, les paramédicaux conventionnés ne peuvent pas facturer de suppléments d'honoraires aux patients ayant choisi une chambre particulière.

## 6. L'acompte

Un acompte peut être demandé lors d'une hospitalisation. L'hôpital fixe lui-même le montant de l'acompte, à condition de ne pas dépasser les maxima mentionnés dans le tableau ci-dessous.

Acomptes maximums lors d'une hospitalisation		
Assuré	Chambre commune et chambre à deux lits	Chambre particulière
Assuré ordinaire	€ 150	€ 150 majorés de 7 fois le supplément de chambre
Enfant PAC (*) d'un assuré ordinaire	€ 75	€ 75 majorés de 7 fois le supplément de chambre
Assuré avec intervention majorée + PAC	€ 50	€ 50 majorés de 7 fois le supplément de chambre

(\*) PAC = personne à charge

Un nouvel acompte peut vous être demandé pour chaque nouveau séjour de 7 jours. Dans ce cas, les maxima mentionnés sont également d'application.

Deux tiers des hôpitaux généraux demandent un acompte pour les chambres communes et à deux lits. Dans deux cas sur trois, le maximum est demandé. Deux tiers des hôpitaux généraux demandent un acompte pour les chambres particulières. Vous payez minimum 300 euros dans la moitié des hôpitaux généraux qui demandent un acompte. Dans cinq établissements, vous payez plus de 1.000 euros d'acompte. Le maximum s'élève à 1.319 euros (chiffres 2010).

L'hôpital ne peut refuser l'admission au prix d'une chambre commune à des patients qui ne seraient pas en mesure de payer l'acompte.

Aucun acompte ne peut être réclamé pour un traitement effectué en hospitalisation de jour, sauf si vous optez pour une chambre individuelle. Dans ce cas, l'acompte maximal ne peut pas être plus élevé que le montant du supplément pour une chambre particulière.

Demandez toujours un reçu en bonne et due forme lorsque vous payez un acompte. Vérifiez également que l'acompte ait bien été déduit de la facture d'hospitalisation.

Les montants réclamés par des médecins à titre d'acompte sur leurs honoraires, sont illégaux.

L'hôpital peut vous renseigner quant aux acomptes à payer. Ces montants sont d'ailleurs indiqués sur le formulaire d'admission. La mutualité peut également vous indiquer quel acompte est facturé par quel hôpital.

**Vous pouvez également surfer sur le site [www.mloz.be](http://www.mloz.be)**

Dans la rubrique "Suppléments hospitaliers", vous trouverez une base de données reprenant – pour chaque hôpital belge – les acomptes, les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires maximum annoncés.



## 7. Le formulaire **d'admission**

Lors d'une admission à l'hôpital, un fascicule de documents vous est remis pour signature. Ce fascicule comprend trois, parfois quatre documents :

- une déclaration d'admission
- une explication à la déclaration d'admission
- une liste de prix des marchandises et services
- une déclaration "admission d'un enfant avec un parent accompagnateur" en cas de rooming-in

Le patient ou son représentant légal signe la déclaration d'admission (ou la déclaration en cas de rooming-in) au plus tard au début de l'hospitalisation. L'hôpital et le patient en reçoivent tous les deux un exemplaire.

En cas d'admission aux urgences, la déclaration est signée dès que le patient est en état physique et mental de le faire, à moins que son représentant légal ne l'ait signée lors de l'admission.

L'hôpital veille à ce que la déclaration d'admission soit dûment complétée, à actualiser tous les montants et pourcentages et à fournir toutes les autres informations demandées.

Toute information ou clause reprise dans un autre document que la déclaration d'admission qui est en contradiction avec les informations ou les montants qu'elle mentionne est nulle et non avenue.

## La déclaration d'admission

Il existe trois modèles légèrement différents à utiliser lors :

- d'une admission dans un hôpital général
- d'une hospitalisation de jour dans un hôpital général
- d'une admission dans un hôpital psychiatrique

Par le biais de ce document (2 pages), vous faites savoir si vous voulez être soigné sur base du tarif conventionné ou sur base du statut du médecin.

Les soins sur base du tarif conventionné impliquent qu'aucun supplément d'honoraires ne peut vous être facturé. Le choix de la chambre est alors limité à une chambre à plus d'un lit et il est possible que le choix du médecin soit également restreint.

Les soins sur base du statut du médecin impliquent que des suppléments d'honoraires peuvent être facturés en fonction du choix de la chambre et du statut du médecin. Le choix de la chambre et du médecin est libre.

L'hôpital indique, en fonction de votre choix, l'acompte à payer, l'éventuel supplément de chambre par jour en euros, ainsi que l'éventuel supplément d'honoraires en pourcentage ou en euros.

La déclaration d'admission donne également un aperçu général des conditions financières, aussi bien celles fixées par la loi que celles établies par l'hôpital :

- **Les frais fixes à charge de chaque patient, indépendamment du type de chambre** : la quote-part personnelle pour la journée de soins, le forfait pour les médicaments et le ticket modérateur pour les honoraires forfaitaires.
- **Les frais à charge du patient, en fonction du type de chambre** : le supplément de chambre par jour en euros et les suppléments d'honoraires en pourcentage (ou en euros).

En signant, vous confirmez que vous avez reçu tous les documents nécessaires et que vous connaissez votre droit d'information par rapport aux frais qui découlent de votre choix ou aux frais de votre traitement médical.

## Les explications relatives à la déclaration d'admission

Il existe deux modèles légèrement différents à utiliser lors :

- d'une admission dans un hôpital général
- d'une admission dans un hôpital psychiatrique

Ce document (4 pages) fournit de plus amples informations sur les frais qui peuvent vous être facturés, répartis en fonction des facteurs qui influencent le plus le coût total. Vous retrouvez également deux tableaux qui reprennent les principes généraux et les nombreuses exceptions en matière de facturation de suppléments de chambre et d'honoraires.

## La liste de prix des produits et des services

L'hôpital fournit une liste récapitulative reprenant les prix actuels des produits et services les plus demandés.

Pour autant que l'hôpital les vende ou les loue, la liste reprend au moins les rubriques suivantes :

- **Confort de la chambre** : téléphone, réfrigérateur, télévision, connexion Internet, etc.
- **Frais relatifs à l'accompagnant** : lit, repas, boissons, etc.
- **Nourriture et boissons** : repas/snacks supplémentaires, en-cas, boissons, etc.
- **Produits d'hygiène et articles de toilette** : savon, brosse à dents, dentifrice, peigne, nécessaire de rasage, baume pour les lèvres, mouchoirs en papier, etc.
- **Lessive personnelle**
- **Autres services** : manucure/pédicure, coiffeur, etc.
- **Autres marchandises** : stylo & papier, tétine, biberon, bouchons d'oreilles, béquilles, etc.

## L'admission d'un enfant avec un parent accompagnateur

Si un enfant séjourne à l'hôpital avec un parent accompagnateur (rooming-in), aucun supplément de chambre ou d'honoraires ne peut être facturé. Chacun peut toutefois explicitement opter pour une chambre particulière et renoncer à une admission au tarif conventionné. Vous signez une déclaration spéciale à cette fin (1 page) qui est remise en même temps que la déclaration d'admission normale et que les autres documents obligatoires.



## 8. Quitter l'hôpital

### La sortie

En principe, vous quittez l'hôpital lorsque le médecin décide que vous êtes en état de rentrer chez vous.

Tout comme vous avez le droit de refuser chaque examen ou traitement, vous pouvez également quitter l'hôpital quand vous le voulez. Si vous quittez l'hôpital contre l'avis du médecin, on peut vous demander de signer une décharge par laquelle vous libérez ce dernier de toute responsabilité quant aux conséquences éventuelles de votre départ.

### Le rapport / dossier médical

Lorsque vous quittez l'hôpital, un rapport de sortie est rédigé. Celui-ci se compose de deux volets :

- **Un rapport provisoire garantissant la continuité immédiate des soins** : cette partie reprend toutes les informations permettant à chaque médecin consulté par le patient d'assurer la continuité des soins. Le rapport est remis au patient ou transmis au médecin traitant, ainsi qu'à chaque médecin concerné.
- **Un rapport intégral concernant le séjour à l'hôpital, signé par le médecin responsable du patient** : ce rapport reprend l'anamnèse et les données cliniques, techniques, thérapeutiques les plus caractéristiques de l'hospitalisation, ainsi que les soins post-hospitaliers nécessaires. Le médecin de l'hôpital transmet le rapport de sortie au médecin désigné par le patient.

### La consultation du dossier médical

Chaque patient a le droit de consulter son dossier, sans devoir passer par l'intermédiaire d'un autre prestataire. Les notes personnelles du médecin et les données par rapport à des tiers sont exclues du droit de consultation.

Exceptionnellement, le médecin peut refuser au patient de consulter son dossier dans le cas où l'information est susceptible de nuire à la santé du patient. Le patient a toutefois la possibilité de désigner un prestataire, qui consultera alors le dossier à sa place.

Le patient peut demander une copie du dossier à un tarif déterminé : max. 0,10 euro par page de texte sur support papier et max. 5 euros par image d'imagerie médicale. Des montants maximums de 10 euros pour les pages sur support digital et de 25 euros par demande sont en outre d'application.

Le prestataire peut refuser de mettre une copie du dossier à disposition du patient, s'il est clair qu'un tiers (p. ex. l'employeur) exerce une pression sur le patient pour qu'il obtienne le dossier.

Le prestataire donne suite à la demande de consultation ou de copie du patient dans les 15 jours.

## La critique et les plaintes

### La mutualité

La mutualité dispose d'un service spécialisé, le **service Défense des membres**, auquel vous pouvez vous adresser si vous avez des questions, des contestations ou des plaintes concernant des médecins ou des hôpitaux, allant de la présomption d'une faute médicale aux désaccords sur les honoraires et montants facturés.

### L'hôpital

Conformément à la loi relative aux droits du patient, chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation dirigée par un médiateur. Celui-ci s'occupe des plaintes ayant trait aux droits du patient fixés par la loi.

### Quels sont les droits du patient ?

- Le droit à la prestation de services de qualité
- Le droit au libre choix du professionnel
- Le droit à l'information
- Le droit au consentement
- Le droit à un dossier soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr, ainsi que le droit de consultation de ce dossier
- Le droit à la protection de la vie privée
- Le droit à la médiation en matière de plaintes
- Le droit à recevoir les soins les plus appropriés visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur

### Le service de médiation fédéral

Une Commission fédérale "Droits du Patient" a été créée au sein du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. La Commission traite les plaintes relatives au fonctionnement des fonctions de médiation en milieu hospitalier.

Un service de médiation a été créé auprès de la Commission. Le service renvoie les plaintes des patients à la fonction de médiation de l'hôpital concerné. Sa mission consiste donc à orienter les plaintes et non pas à les traiter. Le service de médiation fédéral n'est certainement pas une instance d'appel ! Il se compose d'un médiateur francophone et d'un médiateur néerlandophone.

## Les soins à domicile

Après avoir quitté l'hôpital, il est possible que vous ayez besoin de l'aide d'une tierce personne pour poursuivre vos soins. C'est le terrain des soins à domicile.

L'offre en soins à domicile reprend, entre autres, les services suivants :

- soins infirmiers à domicile
- aide familiale
- aide ménagère
- petits travaux
- transport de malades
- garde de malades
- séjours de soins
- courts séjours
- aménagement de la maison, matériel de soins et d'aide
- prêt de matériel
- service phone-assistance
- administration et finances

Votre mutualité peut se charger de l'organisation et de la coordination de vos soins à domicile. Les soins à domicile exigent une bonne préparation. Pensez-y à temps. Pour certains services, il peut y avoir des listes d'attente.

### Pour de plus amples informations :

Service de médiation "Droits du Patient"

Eurostation Bloc 2

Place Victor Horta 40, bte 10

1060 Bruxelles

Marie-Noëlle Verhaegen

Tél. : 02 524 85 21

marienoelle.verhaegen@health.fgov.be

## 9. Le décès

### La déclaration

Un décès doit être déclaré au fonctionnaire de l'état civil, qui rédigera un acte de décès.

En cas de décès à l'hôpital, l'établissement fera le nécessaire.

### L'allocation frais funéraires (\*)

(\*) dans ce contexte, le terme "funéraire" se rapporte également à la "crémation"

Si le défunt était salarié, chômeur, en incapacité de travail reconnue par la mutualité ou titulaire d'une pension en tant qu'employé, la mutualité paie une allocation frais funéraires. Cette allocation s'élève à **148,74 euros** et est payée à la personne ayant effectivement payé les frais funéraires.

La mutualité du défunt peut vous fournir un formulaire de demande, auquel il faut joindre la facture acquittée de l'enterrement.

### La transplantation

Les personnes qui décèdent à l'hôpital sont des donneuses d'organes potentielles, mais toutes n'entrent pas en ligne de compte pour le prélèvement de tissus ou d'organes. Des conditions spécifiques sont évidemment d'application par organe.

En matière de don d'organes, la règle générale est : "qui ne dit mot, consent". Que vous l'approuviez ou que vous vous y opposiez, mieux vaut vous prononcer de votre vivant, de manière explicite.

S'opposer ou donner son accord se fait moyennant un seul et même formulaire que vous pouvez vous procurer auprès de **l'administration communale** de l'endroit où vous habitez. Cette volonté sera enregistrée sur un serveur central de la Santé Publique. Le centre de transplantation peut y vérifier votre volonté.

Un médecin ne peut pas non plus procéder au prélèvement si le donneur s'y est opposé d'une autre manière et pour autant que le médecin en soit informé. Il ne doit pas tenir compte d'une éventuelle opposition des proches.

Les coûts du prélèvement d'organes en vue d'une transplantation ne sont pas facturés au donneur, qui ne peut pas exiger une compensation financière.

### L'autopsie

Lors d'une autopsie, le corps du défunt est ouvert en vue d'un examen.

On considère traditionnellement qu'il existe trois types d'autopsie : la judiciaire, la policière et la **clinique ou scientifique**. Cette dernière est effectuée pour connaître la cause du décès, lorsque le diagnostic doit être vérifié ou par intérêt scientifique. Ce type d'autopsie est d'une importance indéniable pour les proches parents, le médecin, l'examen médical et la société en général.

Lors d'une autopsie clinique, le corps n'est pas mutilé et il n'y a pas de prélèvement d'organes. Des fragments de tissus sont pris, dont une partie est préparée et/ou fixée dans des petits blocs de paraffine pour être conservée de manière anonyme.

Quiconque peut, de son vivant, s'opposer ou donner son accord pour une autopsie clinique. Dans ce cas, le médecin et la famille doivent se résigner à la volonté du défunt. Souvent, l'intéressé ne s'est pas penché sur la question.

Bien que la loi ne précise pas que la famille doit être consultée dans tel cas, il est habituellement demandé aux proches parents s'ils ont des objections. La jurisprudence part de l'idée que les proches ont le droit d'autoriser ou de refuser une autopsie. Pour éviter de devoir demander l'autorisation, l'information d'accueil de certains hôpitaux mentionne qu'un patient peut éventuellement être soumis à une autopsie en cas de décès, sauf si le patient ou ses proches s'y opposent. L'autorisation sous la forme d'absence d'objection peut être déduite du silence du patient, à condition qu'il ait été mis au courant de cette disposition et qu'il l'accepte.

En cas de décès inattendu et médicalement inexplicable d'un enfant de moins de 18 ans, une autopsie est automatiquement pratiquée pour déterminer la cause du décès, excepté si un des parents s'y oppose (par écrit).

### Le legs du corps

Si vous mettez votre corps à disposition de la science, il sera utilisé pour la formation des médecins. Il n'existe pas de réglementation concernant la procédure à suivre. Contactez un **centre universitaire** organisant les études de médecine et précisez votre intention moyennant un document écrit, daté et signé par vous-même.

Les documents et les modalités peuvent varier selon l'université contactée.



## 10. La facturation

### La facture unique, perception centrale

Les hôpitaux doivent envoyer une facture globale à leurs patients au plus tard dans les deux mois qui suivent la fin du mois au cours duquel les soins ont été donnés. Lors d'un séjour de longue durée, l'hôpital envoie une note mensuelle.

Tous les montants, y compris les suppléments d'honoraires à payer, doivent figurer sur cette facture. Les montants facturés doivent être payés sur le même compte ou sur deux comptes différents.

Tous les établissements hospitaliers sont tenus d'envoyer leurs factures aux patients selon un modèle uniforme appelé "**Extrait de la note d'hospitalisation destiné au bénéficiaire**".

Dans certains établissements, les honoraires peuvent être, en tout ou en partie, perçus par le Conseil Médical. Le patient peut alors recevoir une note d'honoraires à côté de l'extrait de note d'hospitalisation. Cette "Note d'Honoraires" doit toutefois être établie conformément au schéma prescrit.

Ne payez jamais des honoraires ou d'autres montants qui vous seraient réclamés en dehors de ce modèle de facture.

### Le tiers payant

Pour tout patient hospitalisé, l'application du tiers payant est obligatoire.

Le système du tiers payant est un mode de paiement par lequel l'intervention de la mutualité dans les frais est directement réglée avec l'hôpital. Vous n'avez plus qu'à payer la différence, c.-à-d. la quote-part personnelle et d'éventuels suppléments.

### Que payer, quand et comment ?

Le délai habituel de paiement d'une facture est de 30 jours. Il est utile de conserver l'original ou une copie de la facture payée.

- **Contrôlez votre facture AVANT de payer.** Une fois la facture payée, la jurisprudence considère que vous étiez d'accord quant aux montants portés en compte. Réclamer le remboursement de montants perçus en trop reste toutefois possible pour autant qu'il s'agisse d'erreurs manifestes ou si des dispositions légales ont été contournées.
- **Sachez ce que vous payez.** Vous avez la possibilité et le droit d'exiger le détail et l'explication des montants facturés.
- **Ne refusez pas catégoriquement de payer** si vous pensez que l'un ou l'autre poste ne peut être porté en compte ou si la facture n'est pas vraisemblable. Notifiez par écrit que vous suspendez votre paiement en attendant une explication ou une révision. Conservez une copie tant de votre lettre que de la réponse.
- **Contactez le service Défense des membres** de votre mutualité en cas de questions, de doutes, de problèmes ou de plaintes, si possible AVANT de payer.
- **Ne payez jamais "d'acomptes" à un médecin.**
- **Payez autant que possible par versement ou virement.** Vos extraits de compte ont valeur de preuve de paiement.
- **Exigez toujours un reçu détaillé en cas de paiement direct.**

### La prescription

Une facture d'hôpital ou une note d'honoraires réclamée plus de deux ans après la fin du mois au cours duquel les soins ont été donnés, ne doit plus être payée, elle est prescrite.

Dans ce cas, vous pouvez invoquer la prescription en notifiant au médecin ou à l'hôpital que le paiement n'est plus dû sur base de l'article 2277bis du Code Civil.



# 11. La facture du patient

Les hôpitaux sont tenus d'envoyer une facture au patient suivant un modèle fixe avec une mise en page et une numérotation des rubriques obligatoires. L'intitulé officiel de la facture du patient est "**Extrait de la note d'hospitalisation destiné au bénéficiaire**". Il s'agit en réalité d'une synthèse de la facture d'hôpital plus détaillée que l'hôpital a envoyé à la mutualité. Les données mentionnées sur les deux factures doivent être identiques. Sur la facture du patient figurent six rubriques numérotées ; elles sont précédées par les données d'identification de l'hôpital et du patient.

Les **six rubriques** sont :

1. Frais de séjour
2. Pharmacie - Frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques - Frais d'implants, de prothèses et de dispositifs médicaux non implantables
3. Honoraires médicaux et paramédicaux
4. Autres fournitures
5. Frais divers
6. Transport urgent de malades

Pour les patients qui bénéficient du maximum à facturer au moment de l'admission, l'hôpital doit le mentionner sur la facture par la clause "droit au maximum à facturer en ... (année)". Le restant de l'année, les quotes-parts personnelles (ou tickets modérateurs) sont intégralement remboursées par la mutualité, exception faite de la quote-part personnelle pour les radio-isotopes, l'oxygène médical et la journée de soins à partir du 366e jour d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique. Cette mention évite également une double prise en charge des quotes-parts personnelles par l'assureur hospitalisation.

Lorsque des quotes-parts personnelles et des suppléments sont pris en charge par un tiers sur base d'une disposition contractuelle ou légale (p. ex. CPAS), l'hôpital indique au bas de la facture le montant à charge du patient qui est directement facturé à ce tiers.

## Identification de l'hôpital et du patient

En haut de la facture du patient, vous trouvez le nom et l'adresse de l'hôpital et du patient. L'hôpital mentionne la date et l'heure d'admission et de départ, ainsi que le numéro et la date de la facture.

## Rubrique I. LES FRAIS DE SEJOUR

### Les frais de séjour en cas d'hospitalisation

#### Montant par admission, montant par jour, intervention personnelle

La mutualité paie à l'hôpital un certain montant pour chaque jour d'hospitalisation. Ce montant journalier n'est pas le même pour tous les hôpitaux et varie de 293 à 806 euros/jour en hôpital aigu (montant au 1er janvier 2011).

Ce montant journalier ne figure pas sur la facture du patient. En effet, la mutualité paie à peu près 80 % du montant global dû, sous la forme d'acomptes mensuels. Le solde, environ 20 %, est facturé sous la forme d'un montant par admission et d'un montant par jour. Ces montants figurent bel et bien sur la facture du patient.

Le montant par admission n'est pas dû pour un séjour en hôpital purement gériatrique, en services de rééducation (services Sp), en services de traitement de brûlures graves et en hôpital psychiatrique. Par contre, ce montant peut être réclamé pour un séjour dans le service psychiatrique d'un hôpital général.

Les **frais de séjour** constituent un montant forfaitaire qui couvre l'ensemble des frais de séjour et de soins, y compris les soins infirmiers et exception faite des médicaments, des implants, des prothèses et des honoraires des médecins et d'autres prestataires paramédicaux.

Vous payez toujours **une quote-part personnelle par jour**, indépendamment du type de chambre choisi. Pour éviter que le patient ait l'impression que les montants à sa charge soient relativement élevés par rapport aux montants facturés à la mutualité, le prix total du séjour est mentionné en gras, accompagné de l'explication suivante : "**Pour information : le total des frais de votre séjour s'élève à ... euros. Une part de ceux-ci seront versés par votre mutualité à l'hôpital : d'une part via des avances mensuelles et d'autre part via le montant susvisé par admission et par jour. Votre montant personnel dans ces frais s'élève à ... euros.**"



### Quote-part personnelle par jour en cas d'hospitalisation

Montants en euros, valables pour 2011 (\*)

Statut assuré	1er jour (*)	Du 2e au 90e jour (*)	A partir du 91e jour (*)
Assurés BIM (**) et leurs PAC (***)	5,12	5,12	5,12
Enfants PAC d'assurés non BIM	32,39	5,12	5,12
Chômeurs complets avec charge de famille ou isolés, qui reçoivent une indemnité pendant au moins 12 mois et leurs PAC (à l'exception des enfants)	32,39	5,12	5,12
Assuré sans PAC	41,70	14,43	14,43
Assuré avec PAC ainsi que les PAC (à l'exception des enfants)	41,70	14,43	5,12
Bénéficiaires qui payent une pension alimentaire suite à une décision juridique ou un acte notarié et leurs PAC (à l'exception des enfants)	41,70	14,43	5,12

(\*) les montants sont indexés chaque année au 1er janvier

(\*\*) intervention majorée (avant : VIPO bénéficiant du régime préférentiel)

(\*\*\*) personnes à charge

A partir du 1er jour de la 6e année de séjour, les hôpitaux psychiatriques appliquent d'autres montants que ceux repris dans le tableau. Une nouvelle admission endéans les 90 jours (6 mois dans une institution psychiatrique) suivant un précédent séjour est considérée comme un prolongement du premier séjour.

### Le supplément de chambre

En plus de la quote-part personnelle, vous payez un supplément de chambre si vous avez opté pour une chambre particulière ou à deux lits.

Si vous êtes en ordre de cotisation à l'assurance complémentaire, il est possible que votre mutualité prenne en charge une partie de vos frais de séjour.

Les assurances hospitalisation vous remboursent un montant fixe par journée d'hospitalisation ou prennent en charge la totalité du supplément de la chambre et de la quote-part personnelle, éventuellement moyennant une franchise.

Supplément de chambre	
Chambre commune	Vous ne payez que la quote-part personnelle, pas de supplément.
Chambre à deux lits	
Chambre particulière	Outre la quote-part personnelle, vous payez un supplément de chambre fixé par l'hôpital. Ce montant n'est pas plafonné et va de 5 à 190 euros par jour.

Le jour de départ et le jour d'admission sont facturés comme une seule journée SAUF si l'admission se fait avant midi ET le départ après 14 h. Si vous quittez l'hôpital avant 14 h, vous épargnez souvent la facturation d'une journée.

Selon la jurisprudence, le moment où la chambre est libérée à l'usage d'un autre malade est considéré comme heure de départ. Si un congé de week-end vous est accordé dans un hôpital général, ni le montant par jour, ni la quote-part personnelle ne peuvent en aucun cas vous être réclamés pour les jours où vous vous êtes absenté. Votre lit est réservé mais aucun coût de réservation ne peut être facturé. Dans les hôpitaux psychiatriques, un règlement spécifique de congés prévaut.

### Le forfait médicaments

Chaque patient paie un montant forfaitaire de **0,62 euros par jour** pour les médicaments remboursables, indépendamment du fait qu'il en consomme beaucoup, peu ou pas du tout. Pour les médicaments non remboursables (calmants, somnifères,...), chaque patient paie ce qu'il consomme. Dans les hôpitaux psychiatriques, chaque patient paie un montant forfaitaire de 0,80 euros par jour pour tous les médicaments, remboursables ou non. Ce forfait peut être facturé même lorsque le patient quitte l'institution pour quelque temps (week-end, minitrip,...).

### Les honoraires forfaitaires

Sous la rubrique des frais de séjour figurent les honoraires forfaitaires par journée d'hospitalisation. Il s'agit, au maximum, de deux honoraires forfaitaires pour la biologie clinique, dont les montants varient d'un hôpital à l'autre. Ces honoraires forfaitaires sont intégralement à charge de la mutualité. Aucun supplément ne peut être porté en compte.

## Les frais de séjour en hospitalisation de jour

De plus en plus d'examens et d'interventions chirurgicales peuvent être réalisés à l'hôpital sans pour autant y passer la nuit. Vous entrez le matin à l'hôpital pour en ressortir le soir même ou déjà quelques heures plus tard.

De tels séjours, désignés sous le terme d'hospitalisation de jour, ou encore "one day clinic", sont organisés dans un nombre croissant d'hôpitaux.

Les examens et les interventions chirurgicales pouvant être réalisés en hospitalisation de jour sont nombreux et de nature diverse. Par exemple : traitement d'une hernie, implant de lentilles oculaires, extraction du ménisque, curetage utérin, amygdalectomie, circoncision, intervention pour strabisme, etc.

## Montant par admission, montant par jour ou forfait one day

Pour les séjours en one day, il existe deux facturations différentes en fonction du traitement. En effet, une distinction est faite entre l'hôpital chirurgical de jour et l'hospitalisation de jour. Il est impossible de savoir à l'avance quelle facturation sera appliquée.

### Hôpital chirurgical de jour

Près de 250 interventions effectuées en one day sont facturées de manière "classique", c'est-à-dire via un montant par admission et via un montant par jour à charge de la mutualité. Vous ne payez pas de quote-part personnelle.

Vous trouverez les montants sous la rubrique "Frais de séjour hospitalisation et hôpital chirurgical de jour".

### L'hospitalisation de jour

Pour les autres traitements en one day, ce n'est ni un montant par admission ni un montant par jour qui est porté en compte à la mutualité, mais bien un forfait. Vous ne payez pas de quote-part personnelle.

Il existe plusieurs forfaits en fonction de la nature et/ou de l'importance de la prestation. Il existe un mini- et un maxi-forfait, dont les montants peuvent varier d'un hôpital à l'autre. Le mini-forfait va de 30,39 à 134,53 euros et le maxi-forfait va de 60,78 à 269,05 euros (montants au 1er janvier 2011). En outre, il existe également sept autres forfaits de 156,08 à 275,37 euros selon que la prestation effectuée appartient à un groupe déterminé (montants valables au 1er janvier 2011).

Enfin, il existe trois forfaits de 94,76 à 218,50 euros en fonction de la prestation effectuée pour le traitement de la douleur chronique dans l'hôpital de jour (montants valables au 1er janvier 2011). Vous trouverez les forfaits dans la rubrique "frais de séjour hospitalisation de jour". Le montant des forfaits est indexé chaque année en date du 1er janvier.

## Le supplément de chambre

Tout comme pour une hospitalisation classique, l'hôpital vous demande de compléter et de signer un formulaire d'admission lorsque vous vous présentez pour une prestation en hospitalisation de jour. Indiquez le choix de la chambre sur ce formulaire.

Si vous optez pour une chambre individuelle, l'hôpital peut :

- facturer un supplément de chambre (le montant du supplément est indiqué sur le formulaire d'admission) ;
- demander un acompte (le montant est indiqué sur le formulaire d'admission et s'élève au maximum au montant du supplément d'une chambre individuelle).

L'hôpital ne peut pas facturer de supplément de chambre ni demander d'acompte en cas de mini-forfait, d'hémodialyse ou d'utilisation de la chambre de plâtre.

## Le forfait médicaments et les honoraires forfaitaires

Aucun forfait médicaments, ni honoraires médicaux forfaitaires par journée d'hospitalisation ne sont facturés en hospitalisation de jour.

## Rubrique II. PHARMACIE - FRAIS PHARMACEUTIQUES ET PARAPHARMACEUTIQUES

### FRAIS POUR IMPLANTS, PROTHESES ET DISPOSITIFS MEDICAUX NON IMPLANTABLES

#### Produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques

Les médicaments sont répartis en plusieurs catégories de remboursement, en fonction de leur valeur thérapeutique et de leurs considérations sociales. Certains médicaments de catégorie A (p. ex. l'insuline) sont gratuits, puisqu'ils sont entièrement remboursés par la mutualité (sauf s'il s'agit d'une spécialité délivrée en ambulatoire pour laquelle il existe une alternative générique). Pour d'autres médicaments, le patient doit payer un ticket modérateur. Les médicaments de catégorie D ne sont pas du tout remboursables ; ils sont entièrement à charge du patient. La facture reprend les médicaments remboursables et non remboursables dans des rubriques séparées. Les produits parapharmaceutiques sont repris sous un autre titre.

#### Les produits remboursables

##### Admission

Lors d'une admission à l'hôpital, vous ne payez pas de ticket modérateur par médicament remboursable administré.

Chaque patient paie un montant forfaitaire de 0,62 euros par jour, indépendamment de la quantité et du prix des produits remboursables qui ont été administrés.

Ce forfait est repris sur la facture sous la rubrique "Frais de séjour".

C'est la raison pour laquelle les médicaments remboursables figurent sur la facture en tant que montant total à charge de la mutualité – souvent sous la forme d'un forfait par hospitalisation – sans détails par produit.

##### One day

Aucun forfait médicaments n'est facturé en one day. Lors d'une hospitalisation de jour, vous payez les tickets modérateurs par médicament administré.

Tous les médicaments sont facturés en fonction de la consommation et la quote-part personnelle est calculée sur base de la catégorie à laquelle appartient le médicament.

#### Les produits parapharmaceutiques

L'hôpital fournit dans tous les cas une description des produits utilisés. La plupart du temps, il s'agit de produits livrés par la pharmacie de l'hôpital mais qui ne sont pas de véritables médicaments.

#### Implants, prothèses et dispositifs médicaux non implantables

##### Les implants et les prothèses remboursables

Quelques exemples d'implants : une lentille oculaire, un stimulateur cardiaque, une valvule cardiaque, un stimulateur neurologique, des prothèses de hanche, de genou ou de coude, des veines artificielles, des plaques, des vis et des clous, des cathéters, etc. La mutualité prévoit un remboursement pour la plupart des implants. Les prestations qui ne sont pas à charge de l'assurance maladie, doivent être décrites. Certains implants non remboursables ne peuvent vous être facturés. Contactez la mutualité en cas de doute. Pour les produits remboursables, le prix de vente est généralement supérieur au remboursement prévu par la mutualité. Vous payez donc la différence. Il existe des implants pour lesquels aucune quote-part ne peut être facturée au patient. Toutefois, leur nombre est restreint (p. ex. stimulateur cardiaque, valvule cardiaque).

A côté de la quote-part du patient (la différence entre le prix de revient et l'intervention de la mutualité), l'hôpital peut facturer une marge de délivrance pour les implants. Celle-ci couvre les frais d'achat, de gestion du stock, de stérilisation.

La marge de délivrance s'élève à 10 % du prix de revient, TVA comprise, et est plafonnée à 148,74 euros. Afin de pouvoir contrôler les montants à charge du patient, la facture du fournisseur des implants doit être demandée. La partie payée par le patient pour les implants ou les prothèses ne varie pas en fonction de la chambre et s'élève à environ 1.800 euros.

Il est possible que l'assurance hospitalisation ou l'assurance complémentaire de la mutualité prévoit un remboursement (partiel) de la quote-part personnelle et de la marge de délivrance pour implants. Vérifiez les conditions reprises dans votre police.

#### Les produits non remboursables

Les médicaments non remboursables sont détaillés : nom, quantité, prix. La rubrique "produits non remboursables" reprend le prix des médicaments non remboursables consommés, les médicaments de catégorie D.

De manière plutôt exceptionnelle, on retrouve ici aussi :

- des médicaments qui sont prescrits pour une autre indication que celle pour laquelle s'applique le remboursement moyennant accord du médecin-conseil. Ils ne peuvent toutefois être portés en compte que si le médecin-conseil est averti ;
- les médicaments importés de l'étranger qui n'ont pas encore été enregistrés en Belgique.

Si vous savez qu'une implantation est nécessaire, informez-vous d'avance quant au prix.

## Les dispositifs médicaux invasifs et le matériel de consommation remboursables

Pour un certain nombre d'interventions chirurgicales, en général à l'abdomen ou aux articulations, il n'est pas nécessaire de faire de grandes incisions pour avoir accès au champ opératoire. Certaines interventions peuvent être effectuées moyennant une ou plusieurs petites incisions, par lesquelles un tuyau est introduit. Celui-ci est équipé de toute une série d'instruments : lumière, caméra, matériel d'incision, de coupe, de brûlure, etc. Cette technique s'appelle la chirurgie exploratoire ou, en jargon plus spécialisé, la chirurgie endoscopique, laparoscopique ou coelioscopique.

Lors des interventions endoscopiques, mais également en cas de chirurgie ouverte, on utilise de plus en plus du matériel qui n'est généralement utilisé qu'une fois ("one-use disposable").

La mutualité rembourse le matériel utilisé pour de nombreuses interventions. Le patient paye un ticket modérateur de 25 à 55 %. Pour le matériel utilisé en chirurgie bariatrique, à savoir les interventions amaigrissantes, le pourcentage est plus élevé. La part que le patient paye pour le matériel utilisé est la même pour tous les types de chambre et varie de 25 à environ 1.000 euros, en fonction de l'intervention.

Il est possible que les frais du matériel utilisé lors d'interventions endoscopiques soient remboursés (en partie) par votre assurance hospitalisation ou par l'assurance complémentaire de votre mutualité. Vérifiez les conditions de votre police d'assurance.

## Produits non remboursables

L'hôpital donne une définition de la livraison et mentionne le code de notification. Des produits sans code ne peuvent pas être portés en compte.

## Rubrique III. HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

### Les honoraires forfaitaires par admission

Un hôpital peut porter en compte des honoraires forfaitaires comme compensation des remboursements réduits de certaines prestations ou en récompense de l'organisation de certains services.

Ces honoraires peuvent vous être facturés, même si vous n'avez bénéficié d'aucune prestation de ce genre. En fonction de l'hôpital où vous avez séjourné, plusieurs forfaits peuvent vous être portés en compte. Les forfaits par admission sont repris sous la rubrique "Frais de séjour".

Les honoraires forfaitaires par admission concernent la biologie clinique, l'imagerie médicale et le service de garde médicale.

Pour deux de ces honoraires forfaitaires par admission, il existe une quote-part personnelle :

Honoraires forfaitaires avec quote-part personnelle		
Prestation	Ticket modérateur	
	Assuré ordinaire	Assuré bénéficiant d'une intervention majorée
Biologie clinique	€ 7,44	Aucune
Honoraires de consultation en imagerie médicale	€ 6,20	€ 1,98

Aucun supplément d'honoraires ne peut être facturé sur les honoraires forfaitaires par hospitalisation et/ou journée de soins.

### La quote-part personnelle pour prestations techniques

Chaque patient, à l'exception des bénéficiaires de l'intervention majorée, paie par admission un montant fixe de 16,40 euros pour prestations techniques, indépendamment du fait qu'il en ait reçu ou non. Ce forfait légal est parfois porté en compte moyennant la précision "AR 18-12-1996" ou "AR 23-03-1982 (art. 7 septies)". Le montant ne peut pas être facturé aux patients qui ont été transférés d'un autre hôpital où ce forfait a déjà été porté en compte.

### Les honoraires

La rubrique "Honoraires" reprend les honoraires pour les prestations de médecins, dentistes, kinésithérapeutes et sages-femmes. Les honoraires sans montant à charge du patient sont mentionnés en tant que montant total à charge de la mutualité, sans détails. Toutes les prestations remboursées pour lesquelles le patient paie un ticket modérateur et/ou un supplément d'honoraires doivent être regroupées sur la facture, par prestataire et par spécialité. La spécialité doit figurer sur la facture. À côté du nom du prestataire et de sa spécialité, il est indiqué au moyen d'un code si la personne est conventionnée (code "C"), non conventionnée (code "NC") ou partiellement conventionnée (code "PC"). Il est également indiqué s'il s'agit d'une chambre particulière (code "P"), ou d'une chambre commune ou à deux lits (code "M"). Si des prestations qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie sont facturées, elles doivent être mentionnées dans une rubrique séparée, avec indication du nom du prestataire et de la nature de la prestation. La formulation est libre, mais la description doit être claire et concise. Dans ce cas, le patient doit, en application de la loi sur les droits des patients et à moins qu'il ne le refuse, être informé au préalable du prix.

L'information relative au prix se fait de préférence via un document signé par le patient pour information, reprenant la ou les description(s) détaillée(s).

## Rubrique IV. AUTRES FOURNITURES

Ce poste reprend les frais liés à la délivrance du sang, plasma sanguin, dérivés sanguins, lait maternel, bains désinfectants en cas de brûlures, bandes plâtrées et autre matériel de plâtre. Il s'agit principalement de fournitures qui sont entièrement ou partiellement remboursées.

## Rubrique V. FRAIS DIVERS

L'hôpital facture sous ce libellé certains produits et services tels que les produits et services non médicaux pour lesquels aucun remboursement n'est prévu par la mutualité, ni même par la plupart des assurances hospitalisation. Dans ce cas, vous payez ce que vous consommez. L'hôpital ne peut facturer ces produits et services, qui n'ont aucune indication médicale stricte, que s'ils ont été demandés par le patient ou son représentant. Lors de l'admission à l'hôpital, le patient ou son représentant légal peut prendre connaissance de la liste de ces produits et services ainsi que de leurs prix. Pour la livraison de produits et services non repris dans cette liste, un accord écrit du patient ou de son représentant est requis.

Honoraires, médicaments ou implants, prothèses et dispositifs médicaux non implantables ne peuvent jamais figurer dans cette rubrique.

Les produits et services suivants peuvent être pris en compte :

- **Confort de la chambre** : téléphone, télévision, connexion Internet, etc.
- **Frais relatifs à l'accompagnant** : lit, repas, boissons, etc.
- **Nourriture et boissons** : repas/snacks supplémentaires, en-cas, boissons, etc.
- **Produits d'hygiène et articles de toilette** : savon, brosse à dents, dentifrice, peigne, nécessaire de rasage, baume pour les lèvres, mouchoirs en papier, etc.
- **Frais d'ambulance** (la facture payée par l'hôpital pour le service d'ambulance est jointe à la facture d'hôpital).
- **Autres services** : manucure/pédicure, coiffeur, blanchisserie, etc.
- **Autres biens que le patient emporte à la maison** : stylo et papier, tétine, biberons, bouchons d'oreilles, chaussure pour plâtre, coldpack, thermomètre, béquilles, etc.

Les produits portant un code d'identification APB/CNK qui ne sont pas des médicaments, sont facturés dans la rubrique "Pharmacie – frais pharmaceutiques".

Vérifiez toujours les frais qui vous sont facturés dans la rubrique "Frais divers".

Il arrive notamment que des honoraires, des médicaments ou des matériaux soient portés en compte. Certains hôpitaux ont beaucoup d'imagination et facturent certaines choses qui ne peuvent pas être facturées (p. ex. : l'enregistrement, l'administration, la réservation, des taxes, etc.).

**Vous avez des questions ou des doutes par rapport aux montants facturés ? N'hésitez pas, contactez le service **défense des membres** de votre mutualité AVANT de payer.**

## Rubrique VI. Transport urgent de malades

Dans cette rubrique, le transport urgent de malades est porté en compte. S'il s'agit d'un transport urgent entre hôpitaux, effectué par le 100, les tarifs du 100 sont d'application et 50 % des frais de transport sont à charge de l'assurance maladie.

Le transport entre hôpitaux de prématurés dont la vie est en danger vers et à partir d'un service de soins intensifs spécialisé est intégralement à charge de l'assurance maladie.

## DECOMPTE

Au bas de la facture, dans un petit cadre, sont mentionnés les montants totaux à charge de la mutualité et du patient. Ce dernier montant est toujours scindé en quote-part personnelle (ticket modérateur légal) et en suppléments ou autres montants. L'acompte est déduit et il reste le solde à payer par le patient ou à rembourser par l'hôpital. Ce solde est à verser sur un seul ou sur deux comptes différents, tel qu'il est mentionné sur la facture.



## 12. Combien **coûte** une hospitalisation ?

L'hôpital, est-il en mesure de vous communiquer d'avance le coût exact d'une certaine intervention ou observation ? Non, personne n'est capable de faire une telle chose. Ni la mutualité, ni l'hôpital, ni le médecin. Et ceci pour la bonne et simple raison que personne ne peut prévoir combien de temps durera l'hospitalisation, quelle intervention ou autres prestations il y aura lieu d'effectuer, quels suppléments d'honoraires seront facturés, de quels médicaments vous aurez besoin et dans quelle quantité, quel est le prix des implants éventuels ou du matériel endoscopique, etc.

En revanche, il est possible de calculer certaines choses. Toute personne hospitalisée reçoit une facture. Le montant à payer par le patient se compose de frais qui sont les mêmes pour

tout le monde (frais fixes) et de frais qui varient principalement selon le médecin et le choix de la chambre (frais variables).

Un même traitement dans les mêmes circonstances dans un même hôpital pendant un séjour de la même durée, coûte plus ou moins la même chose à tous les patients. Si vous séjournez en chambre commune et si les médecins sont conventionnés, le montant de la facture ne dépasse en général que légèrement les frais fixes. A ceci se rajoutent évidemment les frais des médicaments et de vos propres consommations (boissons, télévision,...) ainsi que votre quote-part pour d'éventuels implants ou pour du matériel endoscopique. En outre, les suppléments d'honoraires et de chambre font sensiblement augmenter le montant de la facture.

### Les frais fixes

Il s'agit de frais facturés à tout le monde, indépendamment du choix de la chambre. Les montants mentionnés sont la somme de :

- la quote-part personnelle par jour ;
- le forfait journalier médicaments ;
- la quote-part personnelle des honoraires forfaitaires ;
- le forfait prestations techniques.

### Frais fixes en cas d'hospitalisation (montants en euros, au 01/01/2011)

Durée de séjour	Assuré ordinaire	Intervention majorée
1 jour (1 nuit)	72,36	7,72
2 jours	87,41	13,46
3 jours	102,46	19,20
4 jours	117,51	24,94
5 jours	132,56	30,68
6 jours	147,61	35,42
1 semaine	162,66	42,16
2 semaines	268,01	82,34
3 semaines	373,36	122,52

## Les frais variables

Il s'agit de frais qui varient en fonction du choix de la chambre, du statut du médecin et du traitement médical.

### Les suppléments de chambre

54 % des hôpitaux généraux réclament moins de 50 euros/jour pour une chambre particulière et 30 % proposent une chambre particulière à 25 euros ou moins par jour. Quinze hôpitaux, tous situés au centre du pays, réclament 75 euros ou plus par jour pour une chambre particulière. Le supplément le plus élevé est de 190 euros/jour.

### Les médicaments

L'hôpital se base sur la consommation pour facturer les médicaments non remboursables.

### Les implants

L'hôpital facture le montant fixé pour les matériaux qui sont listés, c'est-à-dire la différence entre le prix d'achat réel et le remboursement par la mutualité, en plus d'une marge de délivrance de 10 % avec un maximum de 148,74 euros. La quote-part personnelle pour implants est identique pour toutes les chambres.

Exemples de quote-part personnelle pour les implants remboursés (montants pour 2011 en euros, marge de délivrance comprise)	
Implant	Quote-part patient
Stimulateur cardiaque	148,74
Valvule cardiaque	148,74
Lentille oculaire	max. 104,01
Prothèse de la hanche (sauf ciment)	max. 1.777,91
Prothèse de l'épaule	max. 770,63
Prothèse du genou	max. 1.370,06

### Les dispositifs médicaux invasifs et le matériel de consommation

L'hôpital facture une quote-part personnelle de 25 % ou de 55 % pour le matériel utilisé. La quote-part personnelle peut atteindre jusqu'à 88 % pour le matériel utilisé en chirurgie bariatrique, à savoir les interventions d'amaigrissement. Ce montant varie de 25 à 1.000 euros selon l'intervention, mais la quote-part personnelle est identique pour les trois types de chambres.

### Les honoraires

L'hôpital facture la quote-part personnelle des honoraires, les éventuels suppléments d'honoraires et les éventuels honoraires pour prestations non remboursées par l'assurance maladie.

Une quote-part personnelle pour des honoraires facturés dans le cadre d'une hospitalisation est plutôt rare. Presque tous les honoraires conventionnés sont intégralement remboursés par la mutualité. En dehors de la quote-part personnelle des honoraires forfaitaires, facturée sous la rubrique "frais fixes", les quotes-parts personnelles se limitent aux honoraires de surveillance et à la kinésithérapie.

L'hôpital peut facturer des suppléments d'honoraires pour autant que la réglementation le permette. Dans la plupart des hôpitaux, les suppléments d'honoraires se limitent à l'intervention chirurgicale (principale) et à l'anesthésie.

En 2010, 51 % des hôpitaux généraux appliquent des suppléments d'honoraires jusqu'à 100 % pour une chambre particulière. Un tiers va jusqu'à 200 % et plus. Cinq hôpitaux annoncent un maximum de 400 % et dans 14 sites hospitaliers, les suppléments d'honoraires vont jusqu'à 300 %.

Des suppléments d'honoraires pour des médecins non conventionnés sont possibles :

- en chambre à deux lits dans 26 sites hospitaliers ;
- en chambre communautaire dans 13 sites hospitaliers.

Le tableau suivant donne un aperçu des montants à charge du patient, en supposant que les hôpitaux portent effectivement en compte ces suppléments d'honoraires maximum annoncés :

<b>Exemples de suppléments d'honoraires en fonction de la prestation</b> (montants en euros, au 01/01/2011)				
Prestation	Honoraires à charge de la mutualité (*)	Supplément d'honoraires à charge du patient		
		100 %	200 %	300 %
Accouchement	506,18	506,18	1.012,36	1.518,54
Prothèse de la hanche	1.231,11	1.231,11	2.462,22	3.693,33
Implant oculaire	635,96	635,96	1.271,92	1.907,88
By-pass	3.625,66	3.625,66	7.051,32	10.576,98
Hernie inguinale	370,66	370,66	741,32	1.111,98
Appendice	314,99	314,99	629,98	944,97

(\*) les honoraires de la prestation principale, y compris l'anesthésie, mais hors imagerie médicale éventuelle, biologie clinique, médecine interne

### Les frais divers

La facture de l'hôpital est basée sur la consommation du patient.



## 13. L'assurance hospitalisation

L'assurance maladie ne se porte pas bien. Les déficits s'accroissent depuis des années et c'est la raison pour laquelle de plus en plus de coûts sont facturés à charge du patient, en cas d'hospitalisation également.

Une facture d'hôpital peut coûter cher, très cher, surtout si vous avez opté pour une chambre particulière ou pour un hôpital bien précis. Afin d'éviter les factures trop élevées en cas d'hospitalisation, de nombreuses personnes souscrivent à une assurance hospitalisation via un contrat individuel auprès d'une compagnie d'assurances, via une assurance-groupe ou via la mutualité.

Il existe deux grands types d'assurances hospitalisation :

- des assurances payant un forfait journalier ;
- des assurances intervenant entièrement ou partiellement dans les frais réels.

Les Mutualités Libres ont développé leur propre assurance hospitalisation "**Hospitalia**" pour leurs membres affiliés. Au sein d'**Hospitalia**, vous trouverez deux modules qui paient un "montant journalier" et deux autres modules du type "frais réels" : **Hospitalia** et **Hospitalia Plus**. Ces deux formules peuvent être complétées par un volet soins ambulatoires.

<b>HOSPITALIA</b> Information générale		
	<b>HOSPITALIA</b>	<b>HOSPITALIA PLUS</b>
<b>Cotisation mensuelle</b> (montants au 1er janvier 2011, augmentation possible chaque année)	De 2,99 à 33,85 euros selon la tranche d'âge des cotisations et l'âge à l'affiliation	De 4,68 à 53,96 euros selon la tranche d'âge des cotisations et l'âge à l'affiliation
<b>Limite d'âge</b> (pas d'application en cas de couverture antérieure équivalente)	65 ans	65 ans
<b>Franchise</b>	Aucune	Aucune
<b>Montant plafond</b>	Max. 12.500 euros/an	Aucune

<b>Remboursements hospitalisations en Belgique</b>		
	<b>HOSPITALIA</b>	<b>HOSPITALIA PLUS</b>
<b>Frais de séjour</b>		
Quote-part personnelle	Total	Total
Suppléments de chambre	Max. 75 euros/jour	Total
<b>Frais (para)pharmaceutiques, implants, dispositifs médicaux</b>		
Forfait journalier	Total	Total
Médicaments non remboursables	Total	Total
Implants remboursables, dispositifs médicaux et matériel de consommation	Chambre commune : total Chambre individuelle : max. 100 % de l'intervention de la mutualité avec un max. de 2.500 euros	Total
Implants non remboursables, dispositifs médicaux et matériel de consommation	Aucun	Total
<b>Honoraires (para)médicaux</b>		
Quote-part personnelle	Total	Total
Forfait soins médicaux	Total	Total
Suppléments d'honoraires	Chambre commune : total Chambre individuelle : max. 100 % de l'intervention de la mutualité	Chambre commune : total Chambre individuelle : max. 300 % de l'intervention de la mutualité
Honoraires non remboursables	Aucun	Chambre commune : total Chambre individuelle : aucun
<b>Autres fournitures</b>		
Remboursables	Chambre commune : total Chambre individuelle : max. 100 % de l'intervention de la mutualité	Chambre commune : total Chambre individuelle : max. 300 % de l'intervention de la mutualité
Non remboursable	Chambre commune : total Chambre individuelle : aucun	Total
<b>Frais divers</b>		
	Chambre commune : total sauf tv, boissons, téléphone et fleurs Chambre individuelle : max. 25 euros/jour frais rooming-in pour les enfants < 19 ans	Chambre commune : total Chambre individuelle : max. 25 euros/jour frais rooming-in pour les enfants < 19 ans.

<b>Remboursements one day en Belgique</b>		
	<b>HOSPITALIA</b>	<b>HOSPITALIA PLUS</b>
	Total, mais max. 25 euros de frais divers en chambre particulière	Total

Les interventions mentionnées ne sont pas exhaustives : il existe également, selon le module, des remboursements pour le transport urgent, les maladies graves, les soins pré- et post-hospitaliers, l'hospitalisation à l'étranger, etc. Le tableau ci-dessus donne un aperçu des interventions sans mentionner les éventuelles exceptions, limitations (p. ex. selon le service) ou les conditions de remboursement prévues dans les statuts. Les exemples mentionnés s'appliquent au 1er janvier 2011 et sont donnés à titre d'information. Les statuts prévalent.

Contactez votre mutualité pour de plus amples informations ou demandez un exemplaire des "conditions générales" qui vous donneront plus de détails. Vous pouvez surfer sur [www.hospitalia.be](http://www.hospitalia.be)



## 14. Les bénéficiaires d'une intervention majorée

Certains groupes d'assurés peuvent prétendre à une **intervention plus importante** de la mutualité pour les prestations de soins de santé. Ils paient un ticket modérateur réduit (ou pas de ticket modérateur) en cas d'hospitalisation et pour la plupart des prestations ambulatoires chez le médecin, le dentiste ou le kinésithérapeute, pour des médicaments, etc.

Les sages-femmes et les paramédicaux non conventionnés doivent respecter les honoraires de la convention pour les assurés bénéficiant de l'intervention majorée.

En outre, dès que les tickets modérateurs réellement payés dépassent le plafond de 450 euros au cours d'une année civile, ceux-ci sont remboursés par la mutualité. C'est ce que l'on nomme le **maximum à facturer**.

Les bénéficiaires de l'intervention majorée bénéficient souvent d'une réduction dans les transports en commun et peuvent bénéficier d'une exonération ou d'une réduction pour certaines taxes communales ou provinciales.

L'intervention majorée est octroyée aux :

- bénéficiaires de certains avantages sociaux ;
- bénéficiaires avec une certaine qualité après examen des revenus ;
- ménages avec statut Omnio, accordé en cas de revenus modestes après examen de revenus.

## Bénéficiaires avec une qualité déterminée

### De qui s'agit-il ?

- Les veufs/veuves
- Les invalides
- Les pensionnés
- Les orphelins
- Les familles monoparentales
- Les fonctionnaires mis en disponibilité depuis au moins un an pour maladie ou inaptitude physique
- Les titulaires qui ont la qualité de chômeur complet depuis au moins 12 mois
- Les personnes atteintes d'un handicap qui ne bénéficient pas d'une allocation
- Les résidents âgés d'au moins 65 ans
- Les membres d'une communauté religieuse âgés d'au moins 65 ans
- Les militaires qui, pour raisons de santé, sont relevés de leur fonction temporairement (au moins un an)

### Comment faire ?

Le droit à l'intervention majorée est octroyé par la mutualité après examen des revenus.

Le revenu annuel brut du ménage ne peut pas dépasser **15.364,99 euros**, majoré de **2.844,47 euros** par personne à charge (montants au 1er septembre 2010).

Vous devez fournir une "déclaration sur l'honneur" à la mutualité et joindre les justificatifs relatifs aux revenus du ménage.

## Statut Omnio

### Qui est visé ?

Toutes les personnes domiciliées à la même adresse dont le revenu commun brut annuel imposable est inférieur à **15.163,96 euros** majoré de **2.807,26 euros** par personne à charge (plafonds valables pour les demandes en 2011).

### Comment faire ?

Le statut Omnio est accordé par la mutualité après examen des revenus. Vous devez fournir une "déclaration sur l'honneur" à la mutualité et joindre les justificatifs relatifs aux revenus.

## Bénéficiaires d'avantages sociaux

### De qui s'agit-il ?

- Les personnes qui bénéficient du revenu d'intégration (ancien minimex), pendant au moins trois mois sans interruption ou pendant 6 mois au cours de 12 mois consécutifs.
- Les personnes qui bénéficient d'une aide du CPAS, pendant au moins trois mois sans interruption ou pendant 6 mois au cours de 12 mois consécutifs.
- Les personnes qui bénéficient de la Garantie de Revenus aux Personnes Agées, revenu garanti aux personnes âgées ou majoration de rente.
- Les personnes qui bénéficient d'une allocation pour handicapés.
- Les enfants qui bénéficient d'allocations familiales majorées en raison d'une incapacité physique ou mentale.
- Les personnes qui bénéficient d'une réduction des frais de chauffage attribuée par le CPAS.

### Comment faire ?

Le droit à l'intervention majorée est octroyé à l'initiative de la mutualité, sans examen des revenus.



# 15. Les principaux tarifs 2011 en un coup d'œil

## Transport en ambulance suite à un appel au service 100 (page 7)

Forfait par trajet (1 à 10 km)	€ 57,07
A partir du 11e km	€ 5,70/km
A partir du 21e km	€ 4,36/km

## Acomptes maximum lors d'une hospitalisation (page 17)

Assuré	Chambre commune et chambre à deux lits	Chambre particulière
Assuré ordinaire	€ 150	€ 150 majorés de 7 fois le supplément de chambre
Les enfants PAC (*) d'un assuré ordinaire	€ 75	€ 75 majorés de 7 fois le supplément de chambre
Assurés avec intervention majorée + PAC (*)	€ 50	€ 50 majorés de 7 fois le supplément de chambre

(\*) PAC = personne à charge

## Quote-part personnelle (en euros) par jour en cas d'hospitalisation (page 26)

Statut assuré	1er jour (*)	Du 2e au 90e jour (*)	A partir du 91e jour (*)
Assurés BIM (**) et leurs PAC (***)	5,12	5,12	5,12
Enfants PAC d'assurés non BIM	32,39	5,12	5,12
Chômeurs complets avec charge de famille ou isolés, qui reçoivent une indemnité pendant au moins 12 mois et leurs PAC (à l'exception des enfants)	32,39	5,12	5,12
Assuré sans PAC	41,70	14,43	14,43
Assuré avec PAC ainsi que les PAC (à l'exception des enfants)	41,70	14,43	5,12
Bénéficiaires qui payent une pension alimentaire suite à une décision juridique ou un acte notarié et leurs PAC (à l'exception des enfants)	41,70	14,43	5,12

(\*) les montants sont indexés chaque année au 1er janvier

(\*\*) intervention majorée (avant : VIPO bénéficiant du régime préférentiel)

(\*\*\*) personnes à charge

## Frais fixes (en euros) en cas d'hospitalisation (page 31)

Durée de séjour	Assuré ordinaire	Intervention majorée
1 jour (1 nuit)	72,36	7,72
2 jours	87,41	13,46
3 jours	102,46	19,20
4 jours	117,51	24,94
5 jours	132,56	30,68
6 jours	147,61	35,42
1 semaine	162,66	42,16
2 semaines	268,01	82,34
3 semaines	373,36	122,52



## L'hospitalisation et ses conséquences... pensez-y et puis n'y pensez plus.

Chaque année, plus de 15 % de la population doit être hospitalisée. Il s'agit souvent d'interventions pas trop graves, mais les frais à payer, eux font toujours très mal. Les suppléments pour chambre particulière, l'intervention elle-même, les implants et prothèses, les examens complémentaires ou les soins pré- et posthospitaliers alourdissent considérablement la facture. Mettez-vous à l'abri maintenant. Et puis n'y pensez plus ! Les Mutualités Libres vous proposent la gamme Hospitalia : des assurances hospitalisation de qualité conçues pour vous permettre de couvrir la majeure partie des frais non remboursés et résultant d'une ou plusieurs hospitalisations. Les tarifs sont particulièrement compétitifs et appréciés par plus de 650.000 clients.

Choisissez l'option qui répond exactement à vos besoins :

- **Hospitalia** pour une couverture de base déjà très large.
- **Hospitalia Plus** pour encore plus de confort et les meilleurs soins possibles.
- **Hospitalia Ambulatoire** pour les soins administrés en dehors de l'hôpital.
- **Hospitalia Continuité** pour continuer à bénéficier d'une assurance hospitalisation à bon prix quand on ne bénéficie plus de celle de son employeur.

**Informez-vous maintenant !**

[www.hospitalia.be](http://www.hospitalia.be) - 0800 10 122

# Hospitalia

*L'hospitalisation sans soucis financiers*

Hospitalia, les assurances hospitalisation des Mutualités Libres distribuées par :

**Mutualités Libres**



**omnimut**  
mutualité libre de wallonie

**euromut**  
mutualité libre  
vivez, on s'occupe du reste

**Freie  
Krankenkasse**

**securex**  
human capital matters

**PARTENA MUT**

Des **brochures** et des **guides** pour vous aider

—  
[www.mloz.be](http://www.mloz.be)



l'Union Nationale des Mutualités Libres regroupe :

