

# GUIDE DE L'HOSPITALISE



**Mutualités**   
**Libres**

Cette brochure est une publication des  
Mutualités Libres.

Rédaction : Bert CORREMANS  
(la version originale de ce texte est en  
néerlandais)

Mise en page : Pascale JANSSENS  
Leen VERSTRAETE

Illustrations : O. SAIVE  
Photos : Image Bank

Toute représentation ou reproduction,  
intégrale ou partielle, par quelque pro-  
cédé que ce soit (impression, photoco-  
pie, microfilm, site internet ou autre) et  
faite sans le consentement préalable et  
écrite de l'éditeur, est strictement  
interdite.

Pour des raisons pratiques, les textes  
ont été rédigés au genre masculin.  
Evidemment, "il" ou "son" peut tout  
aussi bien être lu comme "elle" ou "sa".

Lors de la rédaction de ce guide, il a été  
tenu compte de la réglementation jus-  
qu'au 15 janvier 2006. Les montants  
mentionnés sont valables pour 2006,  
jusqu'au moment de la prochaine  
indexation ou augmentation.

Editeur responsable :  
Pascal MERTENS  
Union Nationale des Mutualités Libres  
Rue Saint-Hubert 19  
1150 Bruxelles

© Copyright mloz  
Bruxelles, janvier 2006

## SOMMAIRE

1.	Le choix de l'hôpital	7
2.	La déclaration d'incapacité de travail	8
3.	Préparer l'hospitalisation	10
4.	Le choix de la chambre	12
5.	Le choix du médecin	13
6.	L'acompte	16
7.	Le formulaire d'admission	17
8.	Quitter l'hôpital	19
9.	Le décès	21
10.	La facturation	23
11.	La facture du patient	25
12.	Combien coûte une hospitalisation?	37
13.	L'assurance hospitalisation	41
14.	L'assuré bénéficiant d'une intervention majorée	44



# Guide de l'hospitalisé

On ne séjourne pas à l'hôpital par plaisir, mais parce qu'on doit y recevoir impérativement des soins. Allongé sur le lit, il est cependant trop 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 pris l'initiative de réaliser un guide de l'hospitalisation reprenant un ensemble d'informations et de conseils pratiques.

Tous les aspects ne seront pas traités. La matière est complexe et les pratiques diffèrent d'une institution à l'autre. Les principales étapes de votre séjour sont passées chronologiquement en revue, 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.

## 1. LE CHOIX DE L'HOPITAL

En principe, chacun peut choisir librement un hôpital. Cependant, le choix du médecin dicte souvent le choix de l'hôpital. Un médecin ne peut, en effet, effectuer des examens ou des opérations 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 (par ex.: réservation du bloc opératoire, rendez-vous avec l'anesthésiste...).

Afin d'éviter toute surprise désagréable, il vaut mieux s'informer 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

Lors d'un transport qui suit un appel au service 100, vous n'avez pas le choix de l'hôpital. Vous serez transporté vers un service hospitalier intégré dans le "circuit 100" et disposant de l'équipement nécessaire. Il ne s'agit donc pas forcément de l'hôpital le plus proche.

Les frais d'un transport dans le cadre du service 100 sont à charge du patient, l'assurance maladie n'intervient pas dans les frais. La mutualité accorde toutefois un remboursement intégral ou partiel via l'assurance complémentaire.

Il est possible que les assurances hospitalisation prévoient une intervention pour un transport dans le cadre du service 100. Vérifiez la police.

Transport en ambulance suite à un appel au service 100 - Tarifs 2006	
Forfait par trajet (1 à 10 km)	51,56 euros
A partir du 11e km	+5,21 euros/km
A partir du 21e km	+ 3,97 euros/km

Les tarifs 100 valent tant pour le transport en ambulance partant de votre domicile que pour ceux partant de la voie publique. Ne payez jamais une facture des frais de transport émanant 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 il est directement fait appel au service ambulancier, vous avez le choix de l'hôpital. Pour ce type de transport, les tarifs 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 d'application en Région Wallonne.

Le libre choix de l'hôpital n'est pas absolu si vous êtes déjà hospitalisé. Pour autant que votre situation médicale le permette, le transfert vers un autre hôpital ne présente en général aucun problème. Par ailleurs, des raisons médicales ou techniques peuvent aussi induire un transfert vers un autre hôpital, de sorte que le libre choix devient relatif. Les frais de transfert sont à charge du patient.

Cette règle connaît deux exceptions, imputant les frais de transport à l'hôpital de départ et non au patient :

- un transport entre différents sites d'un même hôpital de fusion;
- 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 du transport en ambulance sont à charge du patient.

L'assurance maladie ne prévoit pas d'intervention, sauf en cas de radiothérapie, chimiothérapie ou dialyse en milieu ambulatoire. En général, la mutualité rembourse les frais d'ambulance (partiellement) via l'assurance complémentaire. Il est possible que les assurances hospitalisation prévoient une intervention pour les frais du transport en ambulance.

Les membres en règle d'assurance complémentaire peuvent faire appel au service "transport non urgent en ambulance", s'ils doivent se rendre à l'hôpital pour un examen ou rentrer à la maison après une hospitalisation. Les prix au kilomètre pour un véhicule via ce service sont sensiblement plus bas que l'usage courant. Composez le numéro gratuit 0800/97 700 pour régler votre transport.

Il est possible que votre mutualité organise du transport meilleur marché en faisant appel à des volontaires.

Il peut s'avérer utile de contacter votre mutualité avant d'appeler le numéro gratuit.

## 2. LA DECLARATION D'INCAPACITE DE TRAVAIL

---

Quelqu'un qui est hospitalisé, ne sait plus travailler et entre en incapacité de travail. C'est alors que la mutualité intervient. Selon certaines conditions bien précises, elle allouera 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 ! Les travailleurs salariés doivent prévenir la mutualité et leur employeur.

### Prévenir son 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.

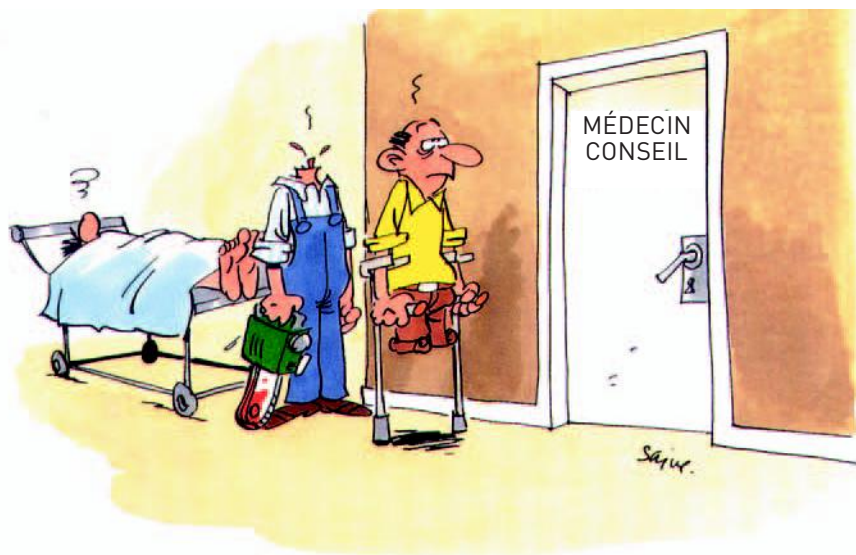
Dans la plupart des cas, vous devez faire parvenir à votre employeur un certificat médical. Le délai d'envoi est souvent déterminé par le règlement de travail ou par la convention collective de travail. Si tel n'est pas le cas, le certificat doit être envoyé dans les deux jours ouvrables.

### Prévenir le médecin-conseil de la mutualité

Vous faites parvenir au médecin-conseil une "attestation d'incapacité de travail" remplie par le médecin traitant. La mutualité vous a remis 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 mettez jamais dans la boîte aux lettres de votre mutualité locale et ne le remettez pas non plus personnellement, puisque vous ne pourrez recevoir un accusé de réception qu'à l'adresse mentionnée sur le document.

Le médecin-conseil de la mutualité doit recevoir la déclaration d'incapacité de travail dans les délais fixés, qui peuvent varier selon votre statut.



Le tableau ci-dessous indique **le délai maximal** en jours calendrier suivant le jour où l'incapacité de travail a commencé.

<b>Délai pour la déclaration d'incapacité de travail</b>			
<b>3 jours</b>	<b>14 jours</b>	<b>28 jours</b>	<b>29 jours</b>
<b>Chômeur</b>	<b>Ouvrier</b>	<b>Employé</b>	<b>Indépendant</b>
<b>Autres catégories(*)</b>  <b>Rechute</b> (retomber en incapacité de travail dans les 14 jours après la reprise du travail)			

*(\*) 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 chômeur (par ex. en période de préavis).*

### Prévenir l'assureur

Si l'incapacité de travail et l'hospitalisation sont le résultat d'un accident, vous devez prévenir l'assureur concerné.

Vous devez également signaler à la mutualité que votre incapacité de travail provient d'un accident. Vous recevrez un formulaire de déclaration d'accident, à renvoyer dûment rempli.

Si la police de 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.

## 3. PREPARER L'HOSPITALISATION

---

### Administratif

- Votre carte SIS & votre carte d'identité  
La carte Sis permet à l'hôpital de vérifier votre qualité à la mutualité.  
En comparant les données de la carte SIS à celles de la carte d'identité, l'hôpital s'assurera de votre identité.. Demandez à votre mutualité de vérifier votre carte SIS afin d'être sûr qu'elle est (et reste) en ordre.
- Les données d'identification de l'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 que l'assureur vous a remise.  
Si les conditions de votre police d'assurance l'admettent, il vaut mieux 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 assurance accident  
Si l'hospitalisation est le résultat d'un accident, l'hôpital peut, le cas échéant, régler les frais directement avec l'assureur.
- Les données d'identification du médecin traitant et du médecin qui vous a envoyé à l'hôpital
- Les données d'identification de la personne de contact à laquelle on peut s'adresser pendant la durée du séjour
- Le choix de l'assistance philosophique, morale, religieuse, et leurs spécificités alimentaires et autres.

### Médical

- La lettre de renvoi et autres documents éventuels du médecin généraliste ou d'un autre médecin traitant (protocoles éventuels et clichés de l'imagerie médicale (RX...) ou autres résultats d'examens (analyses...))
- Les cartes du groupe sanguin et de vaccination
- Une liste des médicaments que vous prenez
- Les documents signalant le risque d'allergies
- Les prescriptions diététiques
- Une liste de la nature et du moment d'interventions antérieures et d'affections vécues
- Signer le document "informed consent" concernant le 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. La réaction et le comportement du patient (informé !) sont parfois suffisamment clairs. Le consentement peut être mis sur papier et joint au dossier du patient.

Consentir à un acte suppose que l'information était suffisamment claire pour être bien comprise par le patient. C'est ce qu'on appelle le "consentement informé".

Le patient sera 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.

L'information sera donnée au préalable et à temps, de manière à ce que le patient puisse demander un deuxième avis. L'information sera communiquée de manière claire et compréhensible.

Le patient peut demander d'être informé par écrit ou de transmettre l'information à la personne de confiance de son choix.

Chaque patient peut refuser d'être informé.

### Personnel

- Des habits adéquats, des articles de toilette, du papier et de quoi écrire, de la lecture...  
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 proposera de les ranger en toute sécurité.
- Ne prenez pas votre gsm. L'utilisation d'un portable est, le plus souvent, interdit dans les hôpitaux.
- Ne prenez pas trop d'argent.



### Le dépôt, la gérance

Bien qu'un hôpital ne réponde pas de la disparition d'objets, il a l'obligation de prise en dépôt d'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'examination.

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

Demandez à l'hôpital la brochure d'accueil reprenant toutes les informations sur l'institution et le règlement interne. Si possible, lisez-les avant d'être hospitalisé.

## 4. LE CHOIX DE LA CHAMBRE

L'hôpital vous proposera 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. Par contre, le choix se fera sentir au niveau du prix de la chambre et au niveau des honoraires médicaux.

Indiquez votre choix sur le formulaire d'admission.

### Les suppléments de chambre

Les suppléments de chambre	
Chambre commune	Pas de supplément
Chambre à deux lits	Le supplément s'élève à max. 20,11 euros/jour
Chambre individuelle	L'hôpital fixe librement le supplément de chambre (généralement de 5 à 180 euros/jour)

Chaque patient paiera une quote-part personnelle, indépendamment du choix de la chambre. Lorsque vous optez pour une chambre individuelle ou à deux lits, l'hôpital facturera un supplément.

Les suppléments de chambre sont indiqués sur le formulaire d'admission.

La mutualité pourra vous renseigner quant aux suppléments de chambre dans les hôpitaux.

Vous pouvez également surfer vers le site [www.mloz.be](http://www.mloz.be). Dans le menu "Outils", vous trouverez une base de données "Suppléments hospitaliers" reprenant - pour chaque hôpital belge - les acomptes, les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires maximaux annoncés.

Lorsque vous optez pour une chambre individuelle, chaque médecin (conventionné ou pas) a le droit de fixer librement ses honoraires. Les suppléments d'honoraires maximaux sont indiqués sur le formulaire d'admission.

### Interdiction de suppléments de chambre

Aucun supplément de chambre ne peut être facturé lorsque vous séjournez en 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 pas de chambres communes 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.

Aucun supplément de chambre ne peut être facturé lorsque vous séjournez en chambre à deux lits :

- parce qu'il n'y a pas de chambres communes disponibles;
- suite à une admission bon gré mal gré dans un service d'urgences ou dans un service de soins intensifs.



## 5. LE CHOIX DU MEDECIN

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.

Parallèlement à la spécialité et à la réputation du médecin, le statut conventionnel des médecins peut être important pour ce 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 fixent un certain nombre de règles à respecter, dont la fixation des honoraires.

La convention entre les mutualités et les médecins est appelé l'accord médicomutualiste (Medicomut) et fixe – entre autres – les honoraires médicaux.

Les médecins peuvent refuser de souscrire à l'accord. Ceux qui souscrivent à la convention sont "conventionnés", ceux qui la refusent sont "non conventionnés". Si ils limitent leur adhésion, ils seront "partiellement conventionnés".

Pourcentage de médecins non conventionnés		
Période	Généralistes	Spécialistes
1999 - 2000	14,5 %	17,3 %
2001 - 2002	11,9 %	17,2 %
2003	15,8 %	19,6 %
2004 - 2005	15,9 %	18,2 %
2006 - 2007	( * )	( * )

(\*) : Un nouvel accord a été conclu le 20 décembre 2005 et est valable jusqu'au 31 décembre 2007. Le nombre de médecins non-conventionnés n'était pas encore connu au moment de la rédaction de cette brochure. Le chiffre ne devrait toutefois pas trop différer des années précédentes.

**Les médecins conventionnés et les partiellement conventionnés** sont tenus de respecter les tarifs de l'accord pour les patients séjournant dans des chambres communes et à deux lits. Par contre, ils sont autorisés à facturer des suppléments d'honoraires aux patients séjournant dans une chambre individuelle.

**Les médecins non conventionnés** sont autorisés à facturer des suppléments d'honoraires, indépendamment du type de chambre choisi par le patient. Ils sont toutefois tenus de respecter les tarifs dans les chambres communes et à deux lits pour des patients bénéficiant :

- de l'intervention majorée;
- du forfait malades chroniques;
- de l'intervention pour du matériel d'incontinence;
- de l'intervention pour soins palliatifs ou pour des patients séjournant dans un service hospitalier de soins palliatifs;
- d'allocation pour personnes handicapées; (à l'exception du revenu d'intégration cat. 3-4, avec une diminution en fonction des revenus)
- d'allocations familiales majorées.

*Le tableau ne représente que le principe général et ne tient pas compte de l'interdiction de suppléments d'honoraires fixée par la loi ou convenue entre le médecin et l'hôpital.*

Eventuels suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation		
Type de chambre	Médecin conventionné	Médecin non conventionné
<b>Chambre commune</b>	Non	Oui
<b>Chambre à deux lits</b>	Non	Oui
<b>Chambre individuelle</b>	Oui	Oui



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

Les médecins conventionnés et partiellement conventionnés ont l'obligation d'afficher dans les salles d'attente, locaux d'accueil ou d'inscription, un document mentionnant les jours et heures pendant lesquels ils respectent l'accord.

Cette obligation est peu respectée (par 1 médecin sur 5 seulement) et elle ne s'applique pas aux médecins non conventionnés. Dans la pratique, le système ne paraît d'ailleurs être réalisable que lorsqu'il s'agit de consultations ambulatoires et non pour les cas d'hospitalisation. En tant que patient, vous êtes donc assez démuni.

L'hôpital doit pouvoir vous fournir une liste des médecins et de leur statut (conventionné ou non). Demandez de pouvoir consulter la liste. Attention ! La liste n'est obligatoire que pour les hôpitaux annonçant des suppléments d'honoraires en chambre communes et à deux lits et pour les hôpitaux facturant différents suppléments d'honoraires en chambre individuelle, en fonction du statut du médecin.

La mutualité peut vous dire si tel ou tel médecin est conventionné ou non sur base des nom et prénom ou du numéro d'identification. Vous pouvez également vous renseigner auprès du médecin.

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

Toutes les prestations remboursées par la mutualité figurent dans la "Nomenclature des soins de santé". Un tarif a été convenu pour chaque prestation figurant dans cette liste : le "**tarif conventionné**".

Pour la plupart des soins de santé, le remboursement par la mutualité correspondra au tarif de la convention. Dans certains cas, le montant remboursé par la mutualité sera inférieur au tarif. La partie qui reste à votre charge s'appelle le **ticket modérateur** ou la **quote-part personnelle**. La partie qui vous est facturée en plus du tarif, s'appelle un **supplément d'honoraires**.

Les suppléments d'honoraires sont généralement exprimés en pourcentage. Par un supplément d'honoraires de 100 %, il faut entendre que le patient devra déboursier un montant identique au tarif de la convention.



## Comment connaître les suppléments d'honoraires maxima que les médecins peuvent vous facturer ?

L'hôpital doit vous informer quant aux suppléments d'honoraires qui peuvent vous être facturés. En effet, les montants maxima sont indiqués sur le formulaire d'admission. Il est possible que cette information se trouve également sur le site de l'hôpital.

La mutualité peut vous renseigner quant aux suppléments d'honoraires qui sont d'application dans les hôpitaux. Vous pouvez également surfer sur le site [www.mloz.be](http://www.mloz.be). Dans le menu "Outils", vous trouverez une base de données "Suppléments hospitaliers" reprenant - pour chaque hôpital belge - les acomptes, les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires maximaux annoncés.

## 6. L'ACOMPTE

Un acompte peut être demandé lors d'une hospitalisation.

L'hôpital peut lui-même fixer le montant de l'acompte, à condition de ne pas dépasser les maxima mentionnés dans le tableau ci-dessous.

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

Acomptes maximaux lors d'une hospitalisation		
Assuré	Chambre commune	Chambre particulière ou à deux lits
Assuré ordinaire	150 euros	150 euros majoré de 7 fois le supplément de chambre
<ul style="list-style-type: none"><li>assuré bénéficiant d'une intervention majorée</li><li>enfants personnes à charge d'un assuré ordinaire</li></ul>	75 euros	75 euros majoré de 7 fois le supplément de chambre

43% des hôpitaux généraux réclament un acompte pour une chambre à deux lits. L'acompte maximal s'élève à 290,77 euros (montant depuis le 01-08-2005).

73% des hôpitaux généraux réclament un acompte pour une chambre particulière. L'acompte varie en moyenne de 304 à 422 euros, mais peut monter jusqu'à 1.175 euros (chiffres 2005). Un tiers des hôpitaux réclament au minimum 400 euros.

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 ou à deux lits. Dans ce cas, l'acompte maximal s'élèvera au montant du supplément pour une chambre particulière ou à deux lits.

Demandez toujours un reçu en bonne et due forme lorsque vous payez un acompte.

Vérifiez que l'acompte soit 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 pourra vous dire quel acompte est facturé par quel hôpital.

Vous pouvez également surfer sur le site [www.mloz.be](http://www.mloz.be). Dans le menu 'Outils', vous trouverez une base de données 'Suppléments hospitaliers' reprenant - pour chaque hôpital belge - les acomptes, les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires maximaux annoncés.

## 7. LE FORMULAIRE D'ADMISSION

Au début d'une hospitalisation, l'hôpital remettra au patient un formulaire à compléter et à signer. Ce document sert avant tout à choisir un type de chambre. La déclaration d'admission est un document de quatre pages, comprenant trois unités d'informations.

Il s'agit d'un formulaire standard auquel toute dérogation est interdite. D'autres accords financiers (même sur la base de documents signés), qui iraient à l'encontre des dispositions du formulaire d'admission, sont nuls.

Le patient (ou son représentant légal) signe le formulaire au plus tard au début de l'hospitalisation. En cas d'une hospitalisation d'urgence, le formulaire sera soumis au patient dès qu'il sera physiquement et mentalement capable de le signer.

L'hôpital fera en sorte que le document soit dûment complété, que tous les pourcentages et montants soient mis à jour et que toute autre information souhaitée soit donnée.

Dans la pratique, il existe trois formulaires d'admission légèrement différents, à utiliser en cas d'une :

- hospitalisation classique dans un hôpital général;
- hospitalisation de jour;
- hospitalisation dans un hôpital psychiatrique.

Chaque patient recevra un original signé.

L'hôpital remettra un exemplaire, reprenant les tarifs en vigueur à ce moment, à chacun qui souhaite se renseigner au préalable.

### Quelles sont les infos figurant sur le formulaire d'admission?

Dans la partie "**Conditions financières**", l'hôpital donne un aperçu :

- des frais fixes à charge de tous les patients, quel que soit le type de chambre. Il s'agit de la quote-part personnelle dans le prix de la journée, du forfait médicaments et du ticket modérateur pour les honoraires forfaitaires;
- des frais à charge du patient, en fonction du type de chambre. Il s'agit des suppléments de chambre, exprimés en euros par jour et des suppléments d'honoraires, exprimés en pourcentage ou en euros.

Les informations de la première partie vous permettent d'avoir une idée des frais qui vous seront facturés. Toutefois, il ne s'agit pas d'un véritable devis ! En effet, il est impossible de calculer à l'avance le prix exact d'un séjour hospitalier puisqu'au moment de l'admission, l'on ne sait pas encore dire combien de temps vous devrez rester à l'hôpital, ni quels soins, quelles interventions et quels médicaments il vous faudra.

Dans la partie "**Votre choix**", vous indiquez si vous voulez être soigné au tarif conventionné ou selon le statut du médecin. Etre soigné au tarif conventionné signifie qu'aucun supplément d'honoraires ne peut être porté en compte. Dans ce cas, le choix de la chambre se limite aux chambres à deux ou plusieurs lits et il est possible que le choix du médecin soit limité.

Etre soigné selon le statut du médecin signifie que des suppléments d'honoraires peuvent être portés en compte, en fonction du type de chambre choisi et du statut du médecin. Dans ce cas, vous avez le libre choix de la chambre et du médecin.

En fonction de votre choix, l'hôpital notera sur le formulaire d'admission l'acompte à payer, l'éventuel supplément de chambre par jour en euros et les éventuels suppléments d'honoraires exprimés en pourcentage ou en euros.

La partie "**Synthèse des règles concernant les suppléments d'honoraires en hôpital**" passe en revue les situations dans lesquelles un supplément d'honoraires est permis/interdit. Vous n'y trouverez pas seulement les principes généraux, mais également les nombreuses exceptions.

Déclaration d'admission  
Annexe 2 AR du 17 juin 2004  
Modèle Hôpital général Hospitalisation de jour  
(hôpital de jour chirurgical, forfaits A - B - C - D et  
maxi-forfaits de chimiothérapie)  
Conditions au .../.../...

## Choix de chambre & Conditions financières

Votre mutuelle pourra vous donner toute explication sur le contenu et la portée de ce document, notamment par rapport à votre situation personnelle d'assurabilité. N'hésitez pas à la contacter

Identification de l'établissement hospitalier

Étiquette d'identification du patient admis en hôpital de jour

### INFORMATIONS GENERALES SUR LES CONDITIONS FINANCIERES

<b>1. Frais de séjour</b>			
<b>1.1. Supplément de Chambre par jour</b>			
Selon le type de chambre			
chambre commune	chambre à deux lits	chambre particulière	
0 €	€ (2)	€ (4)	
<b>2. Frais pharmaceutiques</b>			
<b>2.1. Produits (para-) pharmaceutiques</b>			
<b>2.2. Implants, prothèses et moyens médicaux auxiliaires non implantables</b>			
Quel que soit le type de chambre, ces frais sont entièrement ou totalement à votre charge, selon le type et, le cas échéant, selon votre choix de matériel et de produits. Le prix d'un matériel ou produit peut être obtenu sur simple demande auprès de l'établissement.			
<b>3. Honoraires (para-) médicaux</b>			
<b>3.1. Honoraires</b>			
- Intervention personnelle légale			
Exemples : Honoraires de surveillance, kinésithérapie ...			
- Suppléments d'honoraires (6)			
Selon le type de chambre			
chambre commune	chambre à deux lits	chambre particulière	
0%	0%	max. (3) ou ... €	
- Selon les tarifs de l'engagement (1)			
- En fonction des statuts des médecins (3)			
Conventionnés			
0%	0%	... % ou ... €	
Non conventionnés			
max. ... % ou ... €	max. ... % ou ... €	... % ou ... €	
- Selon mon statut social (5)			
0%	0%	... % ou ... €	
<b>4. Autres fournitures et frais divers</b>			
Moyennant votre accord, vous pouvez obtenir des services et biens divers (téléphone, télévision, ...) dont les prix, entraînant à votre charge, quel que soit le type de chambre, peuvent être obtenus sur simple demande auprès de l'établissement.			

- Tarif de l'engagement : les honoraires appliqués seront ceux décidés dans le cadre de l'accord médico-mutualiste donc sans aucun supplément
- Le supplément maximum pour la chambre à deux lits s'élève légalement à ... € (montant en vigueur depuis le ...). L'hôpital peut demander moins
- La liste reprenant le statut (conventionné ou non conventionné) des médecins peut être consultée sur demande si l'hôpital autorise une différence en fonction du statut du médecin
- Aucun supplément de chambre, ni d'honoraires pour les **médecins conventionnés** ne vous sera réclamé, si vous devez être hospitalisé dans une chambre particulière, pour une des raisons suivantes:
  - lorsque votre état de santé, les conditions techniques d'examen, de traitement ou de surveillance requièrent le séjour en chambre individuelle;
  - lorsque les nécessités du service ou la non-disponibilité de lits inoccupés dans des chambres de deux patients ou plus requièrent un séjour en chambre particulière;
  - lorsque l'admission a lieu dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de votre volonté.
- A condition que vous séjournez dans une chambre à deux lits ou dans une chambre commune, les **médecins non conventionnés** ne peuvent réclamer aucun supplément et vous relèverez d'une des catégories suivantes:
  - les personnes qui ont droit au tarif préférentiel et les personnes à leur charge appartenant à la catégorie VIPO ou bénéficiant d'un revenu d'insertion, d'une rente, d'un revenu garanti pour personnes âgées, d'une garantie de revenu pour personnes âgées, d'une allocation pour handicapés, d'allocations familiales majorées pour cause de handicap;
  - les chômeurs de longue durée (12 mois) âgés de 50 ans au moins et les personnes qui sont à leur charge;
  - les personnes reconnues par leur mutualité comme malades chroniques;
  - les personnes qui ont droit à un forfait pour matériel d'incontinence;
  - les personnes qui ont bénéficié de l'intervention forfaitaire pour soins palliatifs à domicile ou qui font l'objet d'une admission dans un service Sp de soins palliatifs (indice Sp-S4)
- Les suppléments d'honoraires vous seront facturés par l'hôpital ou par le service de perception centrale. N'acceptez pas de les payer directement aux médecins. N'hésitez toutefois pas à vous renseigner sur le pourcentage appliqué par votre médecin pour ses honoraires.

### VOTRE CHOIX :

J'ai pris connaissance des conditions financières et je souhaite séjourner et être soigné:

**SOIT au tarif de l'engagement (2). Je suis conscient qu'en fonction de ce choix, le libre choix du médecin peut être limité. (A) Je choisis**

le tarif de la chambre commune

la chambre à deux lits 1. Je suis informé que le supplément de chambre s'élève à € ..... par jour (3).

**SOIT en fonction des différents statuts des médecins, et je choisis**

le tarif de la chambre commune 1. Je suis informé qu'un supplément d'honoraires (6) de .....% ou ..... € peut m'être facturé par les médecins non conventionnés (4).

la chambre à deux lits 1. Je suis informé que le supplément de chambre s'élève à € ..... par jour (3). 2. Je suis informé qu'un supplément d'honoraires (6) de .....% ou ..... € peut m'être facturé par les médecins non conventionnés (4).

la chambre particulière (4) 1. Je suis informé que le supplément de chambre s'élève à € ..... par jour. 2. Je suis informé qu'un supplément d'honoraires de .....% ou ..... € peut m'être facturé. (6)

Je sais que j'ai le droit de recevoir de l'information sur les possibles conséquences financières personnelles (quote-part patient, suppléments, ...) liées à mon choix.

Je sais que j'ai le droit de recevoir auprès du médecin de l'information sur les coûts que je dois supporter personnellement pour les actes médicaux prévisibles et je tiens compte du fait que certains frais sont imprévisibles.

Les montants repris ci-dessus peuvent être indexés. Ils sont susceptibles d'être légalement modifiés en cours de séjour. Les montants vous sont également communiqués en fonction de votre appartenance à un régime légal d'assurance maladie. Invalité. En cas de refus de prise en charge dans le cadre de ce régime, les montants qui vous seront facturés seront nettement plus importants.

Pour toutes informations supplémentaires, vous pouvez vous adresser au service ..... Tél. ....

Fait à ..... le ..... en deux exemplaires.

Signature du patient (\*) ou de son représentant, Pour l'établissement hospitalier,

Ajouter la mention manuscrite "Lu et approuvé" (Nom, prénom du patient ou de la personne qui le représente)

Nom, prénom et qualité : .....

Ces informations à caractère personnel vous sont demandées par le gestionnaire en vue d'un traitement correct de votre dossier et de la facturation de votre séjour. La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel vous accorde un droit d'accès et de rectification de vos données.

Les phrases suivantes peuvent être ajoutées par l'hôpital, le cas échéant:  
(A) Je prends note que l'hôpital a choisi de ne pas appliquer cette limitation de libre choix du médecin.  
(B) Il s'agit d'un maximum.

Synthèse des règles concernant les <b>suppléments d'honoraires</b> en hôpital Hospitalisation classique - Hospitalisation de jour (hôpital de jour chirurgical, forfaits A - B - C - D et maxi-forfaits de chimiothérapie)		
Patients admis en	Supplément porté en compte par	
	Médecin conventionné	Médecin non conventionné
Chambre commune ou chambre à deux lits	<b>INTERDIT</b>	<p><b>AUTORISE,</b></p> <p>Pour autant que la réglementation interne de l'hôpital contienne une clause fixant les honoraires maxima, des suppléments d'honoraires peuvent être demandés, <b>sauf pour</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>les personnes qui ont droit au tarif préférentiel et les personnes à leur charge appartenant à la catégorie VIPO ou bénéficiant d'un revenu d'insertion, d'une rente, d'un revenu garanti pour personnes âgées, d'une garantie de revenu pour personnes âgées, d'une allocation pour handicapés, d'allocations familiales majorées pour cause de handicap;</li> <li>les chômeurs de longue durée (12 mois) âgés de 50 ans au moins et les personnes qui sont à leur charge;</li> <li>les personnes reconnues par leur mutualité comme malades chroniques;</li> <li>les personnes qui ont droit à un forfait pour matériel d'incontinence;</li> <li>les personnes qui ont bénéficié de l'intervention forfaitaire pour soins palliatifs à domicile ou qui font l'objet d'une admission dans un service Sp de soins palliatifs.</li> </ol>
Chambre particulière	<p><b>AUTORISE,</b></p> <p><b>sauf :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lorsque l'état de santé du patient, les conditions techniques d'examen, de traitement ou de surveillance requièrent le séjour en chambre individuelle;</li> <li>Lorsque les nécessités du service ou la non-disponibilité de lits inoccupés dans des chambres de deux patients ou plus requièrent un séjour en chambre particulière;</li> <li>Lorsque l'admission a lieu dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de la volonté du patient.</li> </ol>	<p><b>AUTORISE,</b></p> <p><b>mais :</b></p> <p>L'hospitalisation est assimilée à un séjour en chambre à deux lits ou en chambre commune dans les cas suivants:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lorsque l'état de santé du patient, les conditions techniques d'examen, de traitement ou de surveillance requièrent le séjour en chambre particulière;</li> <li>Lorsque les nécessités du service ou la non-disponibilité de lits inoccupés dans des chambres de deux patients ou plus requièrent un séjour en chambre individuelle;</li> <li>Lorsque l'admission a lieu dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de la volonté du patient.</li> </ol>

## 8. QUITTER L'HOPITAL

### La sortie

En principe, vous ne quittez l'hôpital que 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.

### Rapport/Dossier médical

Au moment de la sortie de l'hôpital, un rapport de sortie sera rédigé.

Le rapport de sortie 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 les données anamnestiques, cliniques, techniques et thérapeutiques les plus caractéristiques de l'hospitalisation, ainsi que les soins posthospitaliers nécessaires.  
Le médecin d'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 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 nuirait à la santé du patient. Le patient a toutefois la possibilité de désigner un prestataire, qui consultera alors le dossier à la place du patient.

Le patient peut demander d'avoir une copie du dossier, à condition qu'il paie les frais s'y rapportant. Le prestataire peut refuser de mettre une copie du dossier à disposition du patient, s'il est clair qu'un tiers (par ex. l'employeur) exerce une pression sur le patient pour qu'il obtienne le dossier.

Le prestataire donnera suite à la demande du patient dans les 15 jours.

### La critique et les plaintes

#### La mutualité

La mutualité dispose d'un service spécialisé, le service JURA, 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, qui s'occupera 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 se penchera sur les plaintes par rapport au fonctionnement des fonctions de médiation en milieu hospitalier.

Un service de médiation a été créé auprès de la Commission. Le service renverra 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!

Le service de médiation fédéral se compose d'un médiateur francophone et d'un médiateur néerlandophone.

Pour de plus amples informations ?

SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement

Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins

Commission fédérale des Droits du Patient

Eurostation Bloc II

Place Victor Horta 40, bte 10

1060 Bruxelles

Tél. 02 524 85 21

### Les soins à domicile

Après avoir quitté l'hôpital, il est possible que vous ayez besoin de l'aide d'une tierce personne pour des soins ultérieurs. C'est le terrain du secteur 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 moyens d'aide;
- prêt de matériel;
- service phone-assistance;
- administration et finances;

La 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.

## 9. LE DECES

### 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 "funérailles" peut être lu comme "crémation"*

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

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

### La transplantation

Les personnes qui décèdent à l'hôpital sont des donneuses d'organes potentiels, mais toutes n'entrent pas en ligne de compte pour le prélèvement de tissus ou d'organes. En ce qui concerne la peau et la cornée, les restrictions sont en général limitées. Par contre, pour les organes particulièrement vascularisés, les critères sont stricts : seuls les patients en coma dépassé qui sont insufflés de manière artificielle et chez qui la circulation sanguine fonctionne encore bien, entrent en ligne de compte pour donner des organes. A peine 2 défunts sur 100 répondent aux critères. Des conditions spécifiques sont évidemment d'application par organe.

Si vous voulez éviter qu'après votre mort, des organes soient prélevés en vue d'une transplantation, vous devez vous y opposer pendant votre vie. D'autre part, vous pouvez donner votre accord explicite.  
La règle générale est : "Qui ne dit rien, consent".

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 y vérifiera votre volonté.

A part les dispositions officielles d'opposition, un médecin ne peut pas procéder au prélèvement d'organes si :

- le donneur même s'est opposé d'une autre manière et que le médecin en a pris acte;
- une opposition a été communiquée au médecin par les parents, les enfants ou un partenaire cohabitant.

Bien que la loi ne dise pas qu'il faut vérifier l'existence d'une éventuelle opposition, une directive déontologique stipule que l'intention de prélever des organes doit être notifiée au moment où le décès est communiqué aux proches parents.

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

## L'autopsie

Lors d'une autopsie, le corps est ouvert en vue d'un examen. Traditionnellement, on fait une distinction entre trois types d'autopsies : la judiciaire, la policière et la clinique ou scientifique. Cette dernière est effectuée pour connaître la cause du décès, en tant que contrôle du diagnostic 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 paraffinée pour être conservée de manière anonyme.

Quiconque peut, pendant sa vie, s'opposer ou donner l'accord pour une autopsie clinique. Dans ce cas, le médecin et la famille doivent se résigner à la volonté du défunt.

Souvent, l'intéressé n'a rien prévu en la matière.

Bien que la loi ne dise 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 ne pas devoir demander d'autorisation, l'information d'accueil de certains hôpitaux mentionne qu'un patient sera éventuellement 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 de la tacite du patient, à condition qu'il a été mis au courant de cette disposition et qu'il l'accepte.

Il y a une réglementation en cours de développement qui imposera automatiquement une autopsie en cas de décès inattendu et médicalement inexplicable d'un enfant de moins de 18 mois, afin d'examiner la cause du décès. L'autopsie n'aura pas lieu si l'un des parents s'y oppose (par écrit).

La date d'entrée en vigueur de cette nouvelle réglementation n'est pas encore connue.

## Le legs du corps

Si vous mettez votre corps à disposition de la science, il sera utilisé à des fins examinatoires pour la formation des médecins. Souvent, des organes ou des membres sont enlevés et conservés dans le formol pour dissection ultérieure.

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

### 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 enverra 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 : "Extrait de la note d'hospitalisation destiné au bénéficiaire".

Vu que dans certains établissements les honoraires peuvent être, en tout ou en partie, perçus par le Conseil Médical, le patient pourra 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, de telle sorte que 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. Poursuivre le remboursement de montants trop perçus 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 JURA 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 qui est présentée plus de deux ans suivant la fin du mois au cours duquel les soins ont été donnés, ne doit plus être payée, elle est prescrite.

La prescription doit être invoquée 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 patient", puisqu'il s'agit d'une synthèse de la facture d'hôpital plus détaillée que l'hôpital a envoyée à la mutualité. Les données mentionnées sur les deux factures doivent être identiques.

Sur la facture du patient figurent cinq rubriques numérotées. Elles sont précédées par les données d'identification de l'hôpital et du patient et suivies de la facture.

Les cinq 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

### IDENTIFICATION DE L'HOPITAL ET DU PATIENT

<b>EXTRAIT DE LA NOTE D'HOSPITALISATION DESTINE AU BENEFICIAIRE</b>		Date d'expédition : .....
<b>Identification de l'hôpital</b> <i>Dénomination :</i> ..... <i>Adresse :</i> .....  <i>Code Postal - Commune :</i> ..... <i>Numéro I.N.A.M.I. :</i> ..... <i>Tél. :</i> .....	<b>Identification du patient</b> <i>Nom, Prénom :</i> ..... <i>N° du dossier dans l'hôpital :</i> ..... <i>N° d'inscription à la mutualité :</i> .....  <i>Période d'hospitalisation :</i> <i>du : ..... à ..... heures</i> <i>au : ..... à ..... heures</i>	
<b>Note d'hospitalisation envoyée à la mutualité</b> <i>N° de l'organisme assureur (mutualité) :</i> ..... <i>N° note d'hospitalisation :</i> ..... <i>Date de la note d'hospitalisation :</i> .....	<b>Adresse de facturation</b> <i>Nom :</i> ..... <i>Adresse :</i> .....  <i>Code Postal - Commune :</i> .....	

En haut de la facture du patient, vous trouverez 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.

## LES FRAIS DE SÉJOUR

1. Frais de séjour				Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient	
						Intervention personnelle	Supplément chambre
1.1. Frais de séjour							
Service	Type de chambre	du :	au :				
	Montants par admission				.....		
	Montants par jour en :						
...	Commune	.....	.....	.....	.....		
...	A deux lits	.....	.....	.....	.....		.....
...	A un lit	.....	.....	.....	.....		.....
	Intervent. personnelle	.....	.....	.....	.....		
		.....	.....	.....	.....		
<p><b>“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.”</b></p>							
	Forfait médicaments			.....		.....	
	Honoraires médicaux forfaitaires par journée d’hospitalisation			.....	.....		

### 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 de votre hospitalisation. Ce montant journalier n’est pas le même pour tous les hôpitaux et varie de 213 à 550 euros/jour en hôpital aigu.

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 reste, ± 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, le 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 paierez 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.”*

<b>Quote-part personnelle par jour en cas d'hospitalisation (montants en euros, valables en 2006)</b>			
<b>Statut de l'assuré</b>	<b>1<sup>er</sup> jour (*)</b>	<b>Du 2<sup>e</sup> au 90<sup>e</sup> jour (*)</b>	<b>A partir du 91<sup>e</sup> jour (*)</b>
Assuré bénéficiant de l'IM (**) + PAC (***)	4,64	4,64	4,64
Enfant à charge d'un assuré sans IM	31,91	4,64	4,64
Assuré avec PAC ainsi que les PAC (à l'exc. des enfants)	40,33	13,06	4,64
Assuré sans PAC	40,33	13,06	13,06
Chômeur complet (isolé ou avec charge de famille) qui touche une allocation depuis au moins 12 mois, ainsi que les PAC (à l'exc. des enfants)	31,91	4,64	4,64
Titulaires tenus, par décision judiciaire ou par acte notarié, de verser une pension alimentaire + PAC (à l'exc. des enfants)	40,33	13,06	4,64

(\*) : montants journaliers en euros les montants sont indexés chaque année au 1<sup>er</sup> janvier.- (\*\*) : intervention majorée (avant : VIPO bénéficiant du régime préférentiel) - (\*\*\*) : et les personnes à charge

A partir du 1<sup>er</sup> jour de la 6<sup>e</sup> 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 considéré 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.

<b>Supplément de chambre</b>	
<b>Chambre commune</b>	Vous ne payez que la quote-part personnelle, pas de supplément
<b>Chambre à deux lits</b>	Outre la quote-part personnelle, vous payez un supplément plafonné (maximum 20,11 euros/jour)
<b>Chambre particulière</b>	Outre la quote-part personnelle, vous payez un supplément fixé par l'hôpital (de 5 à 180 euros/jour)

Si vous êtes en ordre de cotisation pour l'assurance complémentaire, il est possible que la mutualité prenne en charge une partie des 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 la quote-part personnelle, éventuellement moyennant une franchise.

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 14h.

Si vous quittez l'hôpital avant 14h, 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 vous peuvent en aucun cas être réclamés pour les jours où vous êtes absent. 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 euro 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, etc.), chaque patient paie ce qu'il consomme.

Dans les hôpitaux psychiatriques, chaque patient paie un montant forfaitaire de 0,80 euro par jour pour tous les médicaments, remboursables ou non. Ce forfait peut être facturé si le patient quitte l'institution pour quelque temps (week-end, minitrip...).

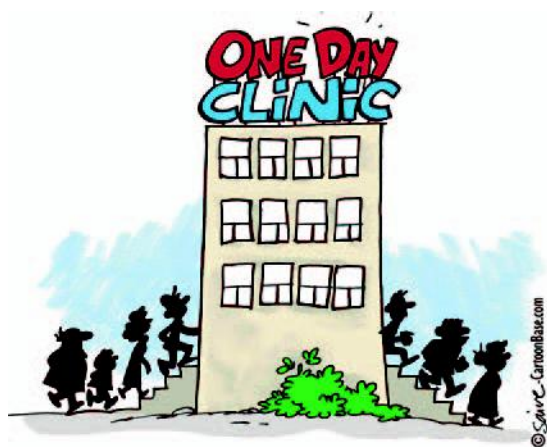


### Les honoraires forfaitaires

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'exams 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, on fait la distinction entre l'hôpital chirurgical de jour et l'hospitalisation de jour.

Il est impossible de savoir à l'avance quelle facturation sera appliquée dans votre cas.

### Hôpital chirurgical de jour

A peu près 250 interventions 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 ni un montant par admission ni un montant par jour 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 :

- le mini- et le maxi-forfait, dont le montant (au minimum 25 euros) peut varier d'hôpital à hôpital;
- les forfaits A, B, C et D, dont les montants sont fixes. L'intervention de la mutualité s'élève respectivement à 173,53 euros, 223,10 euros, 297,47 euros et 371,84 euros.

Vous trouverez les montants sous la rubrique "Frais de séjour - hospitalisation de jour".

## Le supplément de chambre

Tout comme pour une hospitalisation classique, l'hôpital vous demandera 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 ou à deux lits, 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 ou à deux lits ).

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

## Le forfait médicaments et les honoraires forfaitaires

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

## PHARMACIE - FRAIS PHARMACEUTIQUES ET PARAPHARMACEUTIQUES – FRAIS POUR IMPLANTS, PROTHÈSES ET DISPOSITIFS MÉDICAUX NON IMPLANTABLES

2. Pharmacie - Frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques - Frais d'implants, de prothèses et de dispositifs médicaux non implantables	Code	Quantité	A charge de la mutualité	A charge du patient	
				Intervention personnelle	Supplément ou autre montant
<b>2.1. Produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques</b>					
<b>2.1.1 Produits remboursables</b>					
<b>2.1.1.1 Montant totalement à charge de la mutualité</b>				.....	
<b>2.1.1.2 Partiellement à charge du patient</b>				.....	.....
Nom du produit .....	.....	.....			
<b>2.1.1.3 Médicaments sans l'accord du médecin-conseil</b>					.....
Nom du produit .....	.....	.....			
<b>2.1.2. Produits non remboursables</b>					.....
Nom du produit .....	.....	.....			
<b>2.1.3. Produits parapharmaceutiques</b>					.....
Nom du produit .....	.....	.....			
<b>2.2. Implants et prothèses et dispositifs médicaux non implantables</b>					
<b>2.2.1. Produits remboursables</b>					
Nom de la fourniture : .....	.....	.....	.....		.....
Marge de délivrance : .....					
<b>2.2.2. Produits non remboursables</b>					.....
Nom de la fourniture : .....	.....	.....			

## 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 (cf. insuline) sont gratuits, puisqu'ils sont entièrement remboursés par la mutualité (sauf s'il s'agit d'une spécialité délivrée en ambulatoire pour lequel il existe une alternative générique). Pour d'autres médicaments, le patient devra payer un ticket modérateur. Les médicaments de catégorie D ne sont pas du tout remboursables, ils sont entièrement à charge du patient.

Certains médicaments ne sont remboursables qu'après l'accord du médecin-conseil de la mutualité, même en cas de séjour à l'hôpital. Si des médicaments sont administrés sans l'accord du médecin-conseil de la mutualité, les frais sont à charge du patient et ils figureront alors sur la facture sous une rubrique à part.

La facture reprend les médicaments remboursables et non remboursables dans des rubriques séparés, c.-à-d. respectivement "produits remboursables" et "produits non remboursables".

Les produits parapharmaceutiques sont encore repris sous un autre titre.

### **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 euro par jour, indépendamment de la quantité et du prix de 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 ne figurent sur la facture en tant que montant total à charge de la mutualité, sans détails par produit.

Parfois, un "forfait antibiotiques" ou un "forfait prophylaxie" à charge de la mutualité est rajouté à ce total. En fonction de la prestation qui vous a été donnée (intervention chirurgicale, accouchement, endoscopie), l'hôpital peut facturer à la mutualité un montant forfaitaire pour l'utilisation d'antibiotiques ou de produits pharmaceutiques ayant une action antibactériologique ou antiparasitaire.

- **One day**

Aucun forfait médicaments ne sera facturé en one day. Lors d'une hospitalisation de jour, vous payerez les tickets modérateurs par médicament administré.

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

Les travailleurs indépendants qui ne cotisent pas à l'assurance libre petits risques, payeront le prix plein pour les médicaments consommés. Le remboursement de la mutualité se limite à certains produits antitumoraux administrés de manière intraveineuse.

### **Les produits non remboursables**

Les médicaments non remboursables sont détaillés : nom, quantité, prix.

La rubrique des produits non remboursables reprend le prix des médicaments de catégorie D et éventuellement de médicaments importés de l'étranger qui n'ont pas encore été enregistrés en Belgique.

Les médicaments non remboursables que vous acceptez sans les prendre, vous seront portés en compte.

### **Les produits parapharmaceutiques**

Cette rubrique reprend les produits de la pharmacie hospitalière qui ne sont pas des spécialités pharmaceutiques. Par exemple : pommade à lèvres, pommade hydratante pour la peau, certains shampoings...

La rubrique contient également les "produits et services paramédicaux" tels que du matériel anti-escarres, des bas anti-phlébite, un cold pack, une sandale, un thermomètre personnel, etc. Les produits qui ne peuvent pas être réutilisés pour des raisons hygiéniques ou autres, vous seront facturés, mais vous pouvez les emporter à la maison.

## Implants, prothèses et dispositifs médicaux qui ne sont pas implantables

### Implants et prothèses

Quelques exemples d'implants : une lentille intra-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...

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, de manière à ce que vous payiez vous-même la différence.

Il existe des implants pour lesquels il ne peut pas être facturé de quote-part patient, mais le nombre est restreint (ex. stimulateur cardiaque, valvule cardiaque).

A côté de la quote-part 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 alors les frais d'achat, de gestion du stock, de stérilité.

La marge de délivrance s'élève à 10 % du prix de revient, TVA compris, 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.

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

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

### Matériel endoscopique et de viscérosynthèse

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 de ce type d'interventions, on utilise souvent du matériel de viscérosynthèse. Il s'agit de systèmes de suture mécaniques, principalement sous forme d'agrafeuses linéaires ou circulaires.

La mutualité rembourse le matériel utilisé lors d'une intervention endoscopique : dans certains cas, il s'agit d'un remboursement de 75%; dans d'autres cas, le remboursement s'élève à 10%. Le patient paie donc un ticket modérateur de 25% ou de 90%.

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

## HONORAIRES MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

3. Honoraires médicaux et paramédicaux	Numéro de nomenclature - Nombre de prestations	Code adhésion	Code chambre	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle	Supplément ou autre montant
<b>3.1 Honoraires forfaitaires par admission</b>						
Forfait biologie clinique et Honoraires forfaitaires biologie clinique	.....			.....	.....	
Honoraires forfaitaires imagerie médicale et horaires de consultance	.....			.....	.....	
Honoraires service de garde médical en hôpital	.....			.....	.....	
<b>3.2 Honoraires</b>						
3.2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est mis à charge du patient				.....		
<b>TOTAL :</b>						
3.2.2. Honoraires pour lesquels un montant est mis à charge du patient						
<i>Selon la spécialité et/ou le type de dispensateur</i>						
spécialité : .....						
Nom du dispensateur : .....						
3.2.3. Honoraires pour toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques non remboursées et honoraires entièrement à charge du patient						
<i>Nom du dispensateur : .....</i>						
<i>Nature de la prestation : .....</i>						
3.2.4. Intervention personnelle pour prestations techniques : A.R. 18.12.1996				-16,4	+ 16,4	

### 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 avez bénéficié d'aucune prestation de ce genre.

En fonction de l'hôpital où vous avez séjourné, plusieurs forfaits vous peuvent 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
<b>Biologie clinique</b>	7,44 euros	aucune
<b>Honoraires de consultance en imagerie médicale</b>	6,20 euros	1,98 euros

A l'exception des honoraires de consultance en imagerie médicale, aucun supplément ne sera porté en compte au niveau des honoraires forfaitaires.

## Quote-part personnelle pour prestations techniques

Chaque patient, à l'exception d'assurés bénéficiant de l'intervention majorée, paie par admission un montant fixe de 16,40 euros, indépendamment du fait qu'il reçoit ou non des prestations techniques.

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.

En cas de facturation de prestations non remboursées par l'assurance maladie, celles-ci doivent être mentionnées, bien définies, dans une rubrique séparée. Il s'agira en général d'interventions purement esthétiques.

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.

A côté du nom du prestataire et de sa spécialité, il est indiqué avec 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").



## Les suppléments d'honoraires

La légitimité des suppléments d'honoraires dépend tant des dispositions prévues par les conventions ou accords que des dispositions légales en la matière.

Les suppléments d'honoraires ne sont pas remboursés par la mutualité. L'assurance complémentaire prévoit parfois une intervention.

Un remboursement via une assurance hospitalisation est en général possible, mais dépend des montants plafonnés et des conditions mentionnées dans la police, du moins pour les assurances hospitalisation remboursant les frais réels et non les forfaits journaliers.

Le règlement des suppléments d'honoraires des médecins est expliqué au chapitre 5.

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

- Un prestataire non conventionné (dans la pratique, cela arrive rarement) pourra réclamer des suppléments d'honoraires quelle que soit la chambre choisie. Les prestataires non conventionnés seront 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 sera d'un quart inférieur à celle accordée aux collègues conventionnés du prestataire, sauf s'il s'agit de bénéficiaires d'une intervention majorée.
- Contrairement aux médecins conventionnés, les paramédicaux conventionnés sont tenus de respecter les tarifs pour les patients ayant choisi une chambre individuelle.

Vérifiez si le supplément d'honoraires est raisonnable.

Bien qu'un médecin, sauf s'il est lié par la convention, soit "libre" de fixer ses honoraires, il doit néanmoins faire preuve de "modération et de discrétion".

En d'autres termes, ses honoraires ne peuvent pas être excessifs.

Il n'existe aucun texte légal permettant de déterminer où se situe la frontière au-delà de laquelle on parle "d'honoraires excessifs".

D'après le code déontologique des médecins, ce denier devra donc faire preuve de modération et de discrétion lors de la fixation de ses honoraires. Il pourra 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 de la situation financière du patient peuvent également jouer un rôle.

Il est important de savoir qu'un médecin ne peut refuser de donner au patient ou à son représentant des explications relatives à la fixation de ses honoraires. N'hésitez pas à demander au médecin une justification si ses prétentions vous paraissent trop élevées.

Dans leurs jugements et arrêts, les cours et tribunaux ont fixé des critères et défini quels honoraires peuvent être considérés comme raisonnables.

Le tarif de la convention sera le critère pour estimer l'ampleur d'un supplément.

La jurisprudence considère généralement comme raisonnable la facturation de suppléments d'honoraires équivalant à 100 %, c'est-à-dire d'un montant identique au tarif conventionné.

Dans certaines situations exceptionnelles, des suppléments encore plus élevés pourront être jugés acceptables. Certains jugements ont cependant conclu au caractère illicite de suppléments d'honoraires non justifiés par le médecin, encaissés de manière illégale, qui auraient été réclamés au patient sans que ce dernier soit informé ou suffisamment informé, etc.

Pour toute question, nous vous conseillons de prendre contact avec votre mutualité AVANT de payer.

## AUTRES FOURNITURES

4. Autres fournitures	Numéro de nomenclature - Nombre de prestations	Code adhésion	Code chambre	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle	Supplément ou autre montant
Nom de la fourniture : .....				.....	.....	.....

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.

Le cas échéant, cette rubrique reprend également les frais de déplacement, le transport en ambulance entre hôpitaux.

## FRAIS DIVERS

5. Frais divers (les honoraires, les médicaments, les implants, les prothèses et dispositifs médicaux non implantables ne figurent jamais ici)	Code	A charge de la mutualité	Intervention personnelle	Supplément ou autre montant

L'hôpital facture sous ce libellé certains produits et services tels que produits et services non médicaux pour lesquels aucun remboursement n'est prévu par la mutualité, ni même par la plupart des assurances hospitalisation.

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 peut prendre connaissance de la liste de ces produits ou services ainsi que de leurs prix. Pour la livraison de produits ou 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.

Le poste reprend bien les frais pour l'utilisation du téléphone, de la télévision, d'un réfrigérateur, d'un lit pour une personne accompagnante, les boissons consommées en dehors des repas, les repas pour des tiers ou des aliments à la carte, des produits hygiéniques, le coiffeur, les frais de la blanchisserie pour des vêtements personnels, etc.

Vérifiez les frais qui vous sont facturés dans la rubrique "Frais divers". Il arrive notamment que des honoraires, des médicaments ou des matériaux sont portés en compte. Certains hôpitaux ont beaucoup de fantaisie et facturent plein de choses qui ne peuvent pas être facturées (par ex. : frais de mortuaire, des langes, 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 la mutualité AVANT de payer.

## LA GLOBALISATION

DECOMPTE	EN EURO
Total facturé à votre mutualité :	.....
A. Total des interventions personnelles facturées au patient :	.....
B. Total des suppléments ou autres montants facturés au patient :	.....
Total facturé au patient : A + B :	.....
Avance payée le : .. .. .	.....
<hr/>	
Solde à payer par le patient	
au compte : ..... de .....	.....
au compte : ..... de .....	.....
Solde à rembourser par l'établissement :	.....

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 sera déduit et ensuite figurera le solde à payer par le patient ou à rembourser par l'hôpital.

Ce solde, vous le verserez sur un seul ou sur deux comptes différents, tel qu'il est mentionné sur la facture.



## 12. COMBIEN COÛTE UNE HOSPITALISATION ?

L'hôpital sait-il vous communiquer d'avance le coût exact d'une certaine intervention ou observation ?

Non, personne ne sait le faire. Ni la mutualité, ni l'hôpital, ni le médecin.

Et ceci pour la bonne et simple raison que personne ne sait 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.

Par contre, on sait vous faire le compte de certaines choses.

Quiconque est hospitalisé, recevra 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, coûtera 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 dépassera en général que légèrement les frais fixes. A ceci se rajoutent évidemment les frais des médicaments et de votre propre consommation (boissons, télévision...) ainsi que la quote-part patient pour d'éventuels implants ou pour du matériel endoscopique.

Le montant de la facture augmente en outre par la facturation de suppléments d'honoraires et de chambre.

### LES FRAIS FIXES

Il s'agit de frais qui sont portés en compte 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 et le forfait prestations techniques.

Frais fixes en cas d'hospitalisation (montants en euros valables à partir du 01-01-2006)		
Durée de séjour	Assuré ordinaire	Intervention majorée
1 jour (1 nuit)	70,99	7,24
2 jours	84,67	12,50
3 jours	98,35	17,76
4 jours	112,03	23,02
5 jours	125,71	28,28
6 jours	139,39	33,54
1 semaine	153,07	38,80
2 semaines	248,83	75,62
3 semaines	344,59	112,44

## LES FRAIS VARIABLES

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

### Les suppléments de chambre

L'hôpital facturera au maximum 20,11 euros/jour en chambre à deux lits. Deux tiers des hôpitaux gégéraux réclament moins de 50 euros/jour pour une chambre particulière et 47% offrent une chambre particulière à 25 euros ou moins par jour.

Dix 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 180 euros/jour.

### Les médicaments

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

### Les implants

L'hôpital facture 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 patient pour implants est identique pour toutes les chambres.

Exemples de quote-part patient pour les implants remboursés délivrés par un prestataire conventionné, y compris la marge de délivrance (montants en euros, valables à partir du 01-01-2004)	
Implant	Quote-part patient
Stimulateur cardiaque	148,74
Valvule cardiaque	148,74
Lentille oculaire	Max 131,05
Prothèse de la hanche	Max. 1.806,31
Prothèse de l'épaule	Max. 772,57
Prothèse du genou	Prix indicatif 1.800

### Le matériel endoscopique et de viscérosynthèse

L'hôpital facturera une quote-part personnelle de 25% ou de 90% pour le matériel utilisé.

Ce montant varie de 24,50 à 457 euros, mais est identique pour les 3 types de chambres (montants à pd 01.01.2006).

## Les honoraires

L'hôpital facturera la quote-part personnelle des honoraires, les éventuels suppléments d'honoraires et les éventuels honoraires pour prestations non remboursées.

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 des frais fixes, les quote-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.

Quelque 2/3 des hôpitaux généraux appliquent des suppléments d'honoraires jusqu'à 100% pour une chambre particulière. Un tiers va jusqu'à 200 et plus. Un hôpital annonce un maximum de 400% et 16 autres réclament 300%..

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 maxima annoncés :

Exemples de suppléments d'honoraires, en fonction de la prestation (montants en euros, valables à partir du 01-01-2006)				
Prestation	Honoraires à charge de la mutualité (*)	Supplément d'honoraires à charge du patient		
		100 %	200 %	300 %
Accouchement	387,98	387,98	775,96	1.163,94
Prothèse de la hanche	1.131,93	1.131,93	2.263,86	3.395,79
Implant oculaire	584,72	584,72	1.169,44	1.754,16
By-pass	3.241,65	3.241,65	6.483,30	9.724,95
Hernie inguinale	340,79	340,79	681,58	1.022,37
Appendicite	289,61	289,61	579,22	868,83
Vésicule	515,97	515,97	1031,94	1.547,91

(\*) 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 sera basée sur la consommation du patient.

## LE COÛT MOYEN

Personne ne saura vous communiquer le coût exact d'une hospitalisation. Par contre, ce que nous pouvons vous communiquer, c'est ce que vous payerez en moyenne pour un certain nombre d'interventions fréquentes.

Coût moyen d'une hospitalisation (montants en euros pour les années 2001 et 2002)				
Intervention	A payer par le patient			
	One day	Séjour d'au minimum 1 nuit		
	Toutes les chambres	Chambre indiv.	Chambre à 2 lits	Chambre comm.
<b>Accouchement par voie naturelle</b>	311	1.019	670	312
<b>Dilatation de l'artère coronaire</b>	834	1.475	446	399
<b>Intervention chirurgicale des varices</b>	211	780	316	142
<b>Intervention chirurgicale des hémorroïdes</b>	252	711	375	247
<b>Résection de la prostate</b>	- (*)	1.162	414	249
<b>Interventions herniaires à la paroi abdominale</b>	-	799	344	215
<b>Appendice</b>	398	658	210	155
<b>Intervention chirurgicale de la vésicule biliaire</b>	-	1.077	450	231
<b>Prothèse de la hanche</b>	-	3.133	1.657	1.026
<b>Opération du genou (ménisque, ligaments et autres, excepté prothèse de genou)</b>	181	758	455	154
<b>Arthroscopie (examen endoscopique d'une articulation)</b>	168	534	276	165
<b>Intervention à la lentille oculaire, avec ou sans implant de lentille</b>	399	954	450	277

(\*) pas d'application (insuffisamment de cas)

Les montants du tableau constituent la moyenne de l'ensemble des frais à charge du patient : les frais fixes plus les médicaments non remboursés, les frais divers et les éventuels suppléments de chambre, les suppléments d'honoraires et la quote-part patient pour implants et matériel endoscopique.

## 13. L'ASSURANCE HOSPITALISATION

L'assurance maladie ne se porte pas bien. Les déficits s'accumulent 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 chère, très chère, surtout si vous avez opté pour une chambre particulière. Afin de limiter les risques en cas d'hospitalisation, de nombreuses personnes prennent une assurance hospitalisation via un contrat individuel auprès d'une compagnie d'assurances, via une assurance-groupe ou via la mutualité.

Il existe en gros deux 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 pour leurs assurés, à savoir, "Hospitalia".

Le module "Forfait H" paie un forfait journalier de 12,35 euros/jour et deux autres modules interviennent dans les frais réels.

Ces deux modules, "Hospitalia" et "Hospitalia +", sont comparés de manière schématique dans le tableau suivant. Il est possible de compléter les deux formules d'une assurance pour soins ambulatoires : "Hospitalia Ambulatoire".

"Hospitalia+" dispose d'une garantie pour maladies graves.

HOSPITALIA 2006		
	HOSPITALIA	HOSPITALIA+
<b>Cotisation mensuelle</b>	De 2,79 à 31,47 euros selon la tranche d'âge des cotisations et l'âge à l'affiliation	De 3,94 à 45,23 euros selon la tranche d'âge des cotisations et l'âge à l'affiliation
<b>Limite d'âge</b>	64 ans	64 ans
<b>Franchise</b>	Aucune	Aucune
<b>Montant plafond</b>	Max 12.500 euros/an	Aucune

	HOSPITALIA	HOSPITALIA+
<b>Remboursements hospitalisations en Belgique</b>		
<b>Frais de séjour</b>		
Quote-part personnelle par jour	Total	Total
Suppl. de chambre à 2 lits	Total	Total
Suppl. de chambre particulière	Max. 75 euros/jour	Total
<b>Frais (para)pharmaceutiques, implants, dispositifs médicaux</b>		
Forfait journalier	Total	Total
Médicaments non remboursables	Total	Total
Produits parapharmaceutiques	Aucun	Aucun en chambre individuelle Total en chambre à plusieurs lits
Implants/prothèses remboursables	Total en chambre à plusieurs lits Max. 100% de l'intervention de la mutualité, avec un max. de 2.500 euros en chambre particulière	Total
Matériel endoscopique et de viscérosynthèse remboursable	Total	Total
Implants/prothèses non remboursables	Aucun	Total
<b>Honoraires para)médicaux</b>		
Quote-part personnelle	Total	Total
Forfait soins médicaux	Total	Total
Suppléments d'honoraires	Total en chambre à plusieurs lits Jusqu'à 100% de l'intervention de la mutualité en chambre part.	Total en chambre à plusieurs lits Jusqu'à 300% de l'intervention de la mutualité en chambre part.
Honoraires non remboursables	Aucun	Total en chambre à plusieurs lits Aucun en chambre individuelle, sauf max 500 euros/an pour la fécondation in vitro
<b>Autres fournitures</b>		
Remboursables	Total en chambre à plusieurs lits Jusqu'à 100% de l'intervention de la mutualité en chambre part.	Total en chambre à plusieurs lits Jusqu'à 300% de l'intervention de la mutualité en chambre particulière
Non remboursables	Aucun	Total
<b>Frais divers</b>		
Rooming-in	Séjour d'un parent accomp. un enfant de moins de 12 ans : - total en chambre à plusieurs lits - max. 25 euros/j. en chambre individuelle	Séjour d'un parent accompagnant un enfant de moins de 12 ans : - Total en chambre à plusieurs lits - max. 25 euros/jour en chambre individuelle
Autres frais	Total en chambre à plus d'un lit, sauf téléphone, télévision, boissons et fleurs.	Total en chambre à plus d'un lit

	HOSPITALIA	HOSPITALIA+
<b>Remboursements one day en Belgique</b>		
<b>One day en Belgique</b>	Total en chambre à plusieurs lits Total, avec un max. de 25 euros pour les frais divers en chambre individuelle	Total

	HOSPITALIA	HOSPITALIA+
<b>Remboursements des soins pré- et posthospitaliers en Belgique</b>		
<b>Soins préhospitaliers</b>	Aucun (*)	La plupart des tickets modérateurs dans les 30 jours avant l'admission, (**)
<b>Transport urgent suite à un appel au service 100 (transport vers l'hôpital dont la facture est remboursée par Hospitalia+)</b>	Aucun	Max. 250 euros/an par assuré après l'intervention de tout autre assurance, sauf l'assurance complémentaire de la mutualité
<b>Soins posthospitaliers</b>	La plupart des tickets modérateurs dans les 30 jours suivant l'admission (sauf consultations et visites à domicile, médicaments, ...)	La plupart des tickets modérateurs dans les 90 jours suivant le séjour, (**)
<b>Accompagnant en maison d'accueil</b>		6,5 euros/jour
<b>Soins néonataux</b>		20 euros/jour pendant max. 7 suivant le séjour jours

(\*) Aucun, sauf la plupart des tickets modérateurs des soins administrés aux urgences le jour de l'admission.

(\*\*) Y compris 50% pour les médicaments remboursables prescrits par un médecin.

	HOSPITALIA	HOSPITALIA+
<b>Remboursements hospitalisations à l'étranger</b>		
	Max. 200 euros/jour après les interventions légales	Max. 360 euros/ jour après les interventions légales

Les tableaux ci-dessus donnent un aperçu général des interventions Hospitalia sans mentionner d'éventuelles exceptions, restrictions ou conditions de remboursement qui peuvent être prévues dans les statuts.

Contactez votre mutualité pour obtenir plus d'informations ou demandez un exemplaire des "conditions générales" donnant tous les détails en la matière. Vous pouvez également surfer vers le site [www.hospitalia.be](http://www.hospitalia.be).

## 14. ASSURES BENEFICIAINT D'UNE INTERVENTION MAJOREE

---

Certains groupes d'assurés peuvent prétendre à une intervention majorée 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...

Auparavant, ce règlement se limitait aux VIPO bénéficiant du régime préférentiel (veuves, invalides, pensionnés, orphelins).

La liste des assurés ayant droit à une intervention majorée a été élargie depuis lors.

Afin d'avoir droit à une intervention majorée, l'assuré doit avoir une certaine qualité et son revenu doit être inférieur à un plafond fixé.

### Plafond des revenus

Pour pouvoir prétendre à l'intervention majorée, le revenu annuel brut du ménage doit être inférieur à 13.246,34 euros, majoré de 2.452,25 euros par personne à charge (montants d'application depuis le 01-08-2005).

Par revenu il faut entendre le revenu professionnel, le revenu de remplacement, le revenu mobilier et immobilier. Bref, à peu près tout ce que vous déclarez au fisc.

Par ménage il faut entendre : le titulaire même, son conjoint ou partenaire et les personnes à charge.

L'INAMI exerce un contrôle systématique du plafond des revenus via le revenu déclaré au fisc.

### La qualité

- veuves;
- invalides;
- pensionnés;
- orphelins;
- les membres des communautés religieuses ayant atteint l'âge de 65 ans;
- les titulaires appartenant à l'ancien personnel du secteur public en Afrique, ayant atteint l'âge de la pension;
- les fonctionnaires mis en pension anticipée (disponibilité) pour des raisons de maladie ou d'incapacité physique;
- les titulaires ayant atteint l'âge de 50 ans et qui ont depuis au moins 12 mois la qualité de chômeur complet
- les titulaires à qui est accordé le minimex depuis au moins 3 mois complets sans interruption;
- les titulaires à qui est accordé l'aide du CPAS depuis au moins 3 mois complets sans interruption;
- les titulaires ayant droit à la garantie de revenus aux personnes âgées ou au revenu garanti aux personnes âgées ou à la majoration de rente;
- les titulaires ayant droit à une allocation aux handicapés;
- les titulaires ayant droit aux allocations familiales majorées suite à un handicap;
- les personnes à charge d'un titulaire bénéficiant d'une allocation majorée.

## Comment en bénéficiaire ?

L'intervention majorée doit être demandée auprès de la mutualité. Vous devrez remplir et signer une "Déclaration sur l'honneur", auquel il faut joindre des pièces probantes concernant votre revenu et/ou votre qualité.

Certains bénéficiaires ne devront pas compléter la déclaration sur l'honneur. Il s'agit des personnes :

- touchant le revenu d'intégration ou une allocation du CPAS comparable au revenu d'intégration;
- bénéficiaires de la garantie de revenu aux personnes âgées, du revenu garanti aux personnes âgées ou d'une majoration de rente;
- bénéficiant d'une allocation pour personnes handicapées.

Ces personnes remettront à la mutualité un document qui prouve leurs droits.

C'est la mutualité qui décide si les indépendants en ordre de cotisation pour les petits risques se verront remboursés ou non les prestations au tarif de l'intervention majorée.

## Avantages sociaux

Les personnes bénéficiant d'une intervention majorée répondent aux conditions pour un certain nombre d'avantages sociaux :

- **Le maximum à facturer (MàF)**

Dès le moment que les tickets modérateurs payés au cours d'une année civile dépassent le plafond de 450 euros, ils vous seront remboursés par la mutualité pendant l'année en cours. Le remboursement ne doit pas être demandé. La mutualité tient à jour la situation de chacun en ce qui concerne les tickets modérateurs payés et procédera au remboursement dès que le plafond est dépassé.

- **Réduction transports publics**

De nombreuses sociétés de transport (cf. la SNCB, le TEC, la STIB, De Lijn) accordent des réductions, le plus souvent via une carte de réduction.

- **Avantages fiscaux**

La commune et/ou la province peuvent prévoir une exemption ou une réduction de certaines taxes (cf. taxe sur la pollution, taxe ménagère, etc.).



GUIDE DE L'HOSPITALISE



**Mutualités**   
**Libres**

union nationale des mutualités libres  
rue saint-hubert, 19 - 1150 bruxelles  
tél. +32 (0)2 778 92 11 • fax +32 (0)2 778 94 04  
[www.mloz.be](http://www.mloz.be) • [info@mloz.be](mailto:info@mloz.be)