



VOTRE HOSPITALISATION... COMBIEN ÇA COÛTE?

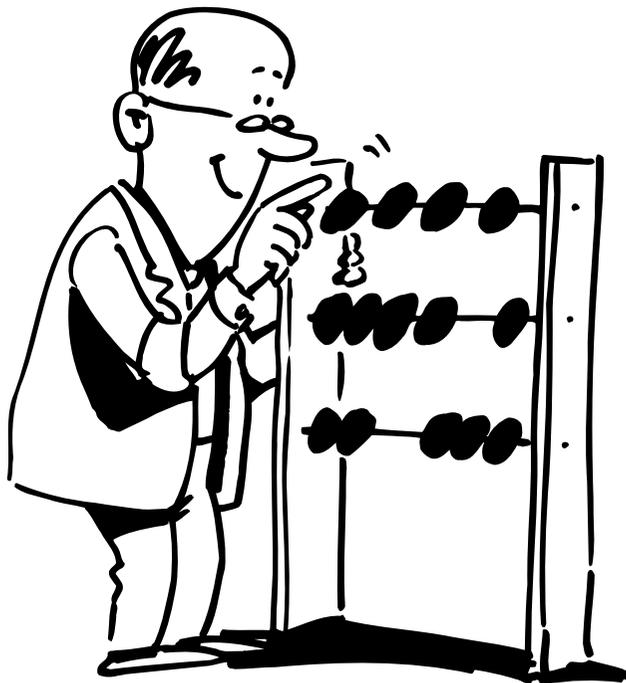


TABLE DES MATIÈRES

1. Votre facture	4
Hospitalisation classique	
1. Les frais de séjour	4
2. Les frais de pharmacie	5
3. Les honoraires médicaux et paramédicaux	6
4. Les autres fournitures	6
5. Les frais divers	6
6. L'acompte	10
Hospitalisation de jour	10
2. Les cas où la mutuelle n'intervient pas	11
3. Les assurances « frais d'hospitalisation »	12
4. Les accidents de travail	12
5. L'intervention d'un CPAS	13
6. L'administrateur provisoire de biens	14
7. La déclaration d'admission	14
8. Conclusion	15

PRÉAMBULE

La volonté de notre institution est de vous offrir une médecine de pointe et de vous assurer les meilleurs soins. Pour vous aider à mieux vivre votre hospitalisation, nous mettons tout en œuvre pour vous apporter un accueil et un service de qualité. Une information correcte et la **transparence sur les coûts liés à l'hospitalisation** sont des éléments que nous jugeons importants pour vous.

Cette brochure vous permet de prendre, en toute confiance, les décisions qui cadrent le mieux avec votre situation personnelle. Vous pouvez également vous adresser au service Administration patients, entre 9h et 12h30, aux numéros de téléphone suivants : 04.224.80.33 - 04.224.80.34 - 04.224.85.74.

Une facture d'hôpital comprend **différentes rubriques** : les frais de séjour, la pharmacie, les honoraires médicaux et paramédicaux, les autres fournitures, les frais divers.

Les pages qui suivent vous apportent un commentaire sur ces différentes rubriques et vous informent sur les règles communément admises en matière de **tarification**¹ à l'hôpital.

Attention : ces informations sont valables uniquement si vous êtes **en règle avec votre mutuelle**. Dans le cas contraire, elle refusera d'intervenir et tous les coûts seront à votre charge.

Nous attirons également votre attention sur le fait que **la législation change très régulièrement**. Ces informations sont données à titre indicatif. N'hésitez jamais à vous renseigner pour plus de précisions auprès du service Accueil ou du service Administration patients.



¹ Tarification à l'hôpital : fixation des tarifs utilisés à l'hôpital.

1. VOTRE FACTURE

HOSPITALISATION CLASSIQUE

1 Les frais de séjour

- Votre intervention dans les frais de séjour comprend par jour une **intervention personnelle légale** dont le montant varie avec la durée de votre séjour et votre assurabilité¹ (assuré ordinaire, BIM², OMNIO³...). L'intervention personnelle légale est majorée d'un **montant forfaitaire**, également légal et obligatoire, pour la première journée d'hospitalisation (sauf exceptions prévues par la loi).
- Selon le type de chambre que vous choisissez, vous devez prendre à votre charge un **supplément de chambre**⁴ par journée d'hospitalisation. Il n'est applicable que pour les chambres à 2 lits ou les chambres à 1 lit.

Les chambres à 1 lit sont répertoriées en différentes catégories en fonction de leur niveau de confort. Attention: toutes ces catégories ne sont pas disponibles dans toutes nos cliniques, ni dans toutes les unités de soins.

Exceptions

Le supplément de chambre n'est pas réclamé en **chambre à 1 lit** si vous devez y être hospitalisé(e) pour une des raisons suivantes :

- 1 - Votre état de santé, les conditions techniques d'examen, de traitement ou de surveillance justifient un séjour en chambre individuelle.
- 2 - Le choix de la chambre est subordonné aux nécessités du service ou à la non-disponibilité de lits.
- 3 - Vous devez être admis(e) dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents.

Pour les **chambres à 2 lits**, l'arrêté royal du 14 juin 2006 interdit les suppléments de chambre pour certaines catégories de patients: BIM, bénéficiaire d'une allocation d'handicapé, bénéficiaire d'allocations familiales majorées, bénéficiaire d'une intervention de l'assurance soins de santé pour le matériel d'incontinence, patient admis dans un service de soins palliatifs, patient atteint d'une maladie chronique.



Pour un exemple de facture détaillée voir en pages centrales

¹ Assurabilité: code utilisé par les mutuelles pour déterminer le remboursement octroyé à un affilié en fonction de son état civil, de ses revenus, de son état de santé.

² BIM: Bénéficiaire d'une Intervention Majorée de la part de la mutuelle (ex-VIPO).

³ OMNIO: le statut OMNIO est une extension de l'intervention majorée pour les frais médicaux à destination des ménages à faibles revenus. Les remboursements accordés aux patients OMNIO sont identiques à ceux attribués aux patients BIM (°).

Aucun supplément de chambre ne peut être réclamé lorsque l'enfant hospitalisé est accompagné par l'un de ses parents (déclaration d'accompagnement à signer à l'Accueil).

- Votre intervention dans les frais de séjour comprend aussi **un forfait pour les médicaments**. Ce montant forfaitaire est facturé par jour d'hospitalisation, même si aucun médicament ne vous a été administré.

En résumé

	Intervention personnelle	Majoration forfaitaire pour le 1 ^{er} jour	Supplément de chambre	Forfait pour les médicaments
Chambre commune	oui	oui*	non	oui
Chambre à 2 lits	oui	oui*	oui ⁵	oui
Chambre à 1 lit	oui	oui*	oui ⁵	oui

* sauf exceptions prévues par la loi (BIM, OMNIO).

2 Les frais de pharmacie

Ils concernent :

- Les produits pharmaceutiques (médicaments) et para-pharmaceutiques (non reconnus comme des médicaments).

Les médicaments sont classés par l'INAMI⁶ en **différentes catégories** :

- la catégorie A reprend les produits remboursés totalement par la mutuelle.
- les médicaments des catégories B et C sont partiellement à charge du patient.
- la catégorie D reprend les produits non remboursés, entièrement à charge du patient.

- Les implants, prothèses et dispositifs médicaux non implantables.

Le matériel implantable (prothèses, pacemakers...) est dans la plupart des cas remboursé, en tout ou en partie, par la mutuelle. Ce matériel est parfois coûteux. N'hésitez pas à en parler à votre médecin, il est le seul à pouvoir vous donner des précisions.

⁴ Supplément de chambre : montant demandé par l'hôpital en sus du prix fixé par le Ministère de la Santé Publique, variable suivant le confort de la chambre (1 lit, 2 lits, commune). A ne pas confondre avec le supplément d'honoraires qui est fixé par le médecin pour ses prestations.

⁵ Sauf exceptions (voir p. 4).

⁶ INAMI : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité.

3 Les honoraires médicaux et paramédicaux

● Les honoraires forfaitaires par admission

Ils sont fixés par l'INAMI et facturés quels que soient la raison de votre hospitalisation et le type de chambre. Ils sont **facturés une seule fois pour le séjour**, que vous bénéficiiez ou non de ces prestations. Les patients BIM et OMNIO bénéficient d'un tarif préférentiel.

Il existe trois types d'honoraires forfaitaires :

- 1 - pour les prestations techniques
- 2 - pour la biologie clinique
- 3 - pour l'imagerie médicale

● Les honoraires

Deux éléments interviennent dans la fixation des honoraires médicaux et des suppléments d'honoraires qui peuvent vous être réclamés.

- Le statut du médecin : conventionné (il adhère à la convention médico-mutuelliste) ou non conventionné (il n'adhère pas à la convention médico-mutuelliste).
- La catégorie de chambre (chambre commune, à 2 lits ou à 1 lit).

Le tableau ci-dessous donne une synthèse des règles appliquées aux suppléments d'honoraires.

Hospitalisation classique - Hospitalisation de jour (hôpital de jour chirurgical, forfaits groupe 1 à 7, forfaits douleur chronique et maxi-forfaits de chimiothérapie)		
Patients admis en	Médecin conventionné	Médecin non conventionné
Chambre commune ou chambre à 2 lits	INTERDIT	<p>AUTORISE</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, sauf pour</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les personnes OMNIO, 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

		<ol style="list-style-type: none"> 2. les chômeurs de longue durée (12 mois) âgés de 50 ans au moins et les personnes qui sont à leur charge 3. les personnes reconnues par leur mutualité comme malades chroniques 4. les personnes qui ont droit à un forfait pour matériel d'incontinence 5. 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 de soins palliatifs (indice Sp-S4) 6. lorsque l'admission a lieu dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de la volonté du patient 7. lorsque l'hospitalisation concerne un enfant accompagné par un parent (déclaration signée à l'Accueil)
Chambre à 1 lit	AUTORISE, sauf : <ol style="list-style-type: none"> 1. lorsque l'état de santé du patient, les conditions techniques d'examen, de traitement ou de surveillance requièrent le séjour en chambre individuelle 2. 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 3. lorsque l'admission a lieu dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de la volonté du patient 	AUTORISE, sauf : <ol style="list-style-type: none"> 1. lorsque l'état de santé du patient, les conditions techniques d'examen, de traitement ou de surveillance requièrent le séjour en chambre particulière 2. 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 3. lorsque l'admission a lieu dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de la volonté du patient

4 Les autres fournitures

Cette rubrique de la facture reprend les fournitures entièrement à charge de la mutuelle comme le sang et ses dérivés, le plasma....

5 Les frais divers

Certains frais sont entièrement à votre charge. Il s'agit de frais de convenance personnelle comme la location de la télévision ou du téléphone (en chambre à 1 lit, elle est incluse dans le supplément de chambre), les communications téléphoniques, les repas d'une personne accompagnante... La liste des frais divers qui peuvent être facturés vous est fournie lors de votre admission.

Vous trouvez ci-dessous un exemple de facture détaillée.

Nature des Frais	A charge de la Mutuelle	A charge du patient Intervention personnelle chambre	Supplément patient
1. FRAIS DE SEJOUR			
1.1. Frais de séjour - Hospitalisation et hôpital chirurgical de jour			
Service	du	au	Nombre de jours
21	01/07/07	08h	1
21	02/07/07	00h	9
ou			
21	01/07/07	08h	1
21	02/07/07	00h	9
<p>Service Type de chambre</p> <p>Montant par admission</p> <p>Montant par jour en:</p> <p>A 2 lits (ou 1 lit) 01/07/07 08h 01/07/07 24h</p> <p>A 2 lits (ou 1 lit) 02/07/07 00h 10/07/07 15h</p> <p>Commune 01/07/07 08h 01/07/07 24h</p> <p>Commune 02/07/07 00h 10/07/07 15h</p>			
<p>Pour information: le total des frais de votre séjour s'élève à XXX euros. Une partie de ceux ci seront versés par votre mutuelle à l'hôpital, d'une part via des avances mensuelles et d'autre part via le montant suivi par admission et par jour. Votre montant personnel à payer dans ces frais s'élève à XXX euros</p>			
Forfait médicaments			
Honoraires forfaitaires par jour d'hospitalisation			
SOUS-TOTAL DES FRAIS DE SEJOUR			
	X	X	X
2. PHARMACIE - Frais pharmaceutiques et para-pharmaceutiques - Frais d'implants, de prothèses et de dispositifs médicaux non implantables			
2.1. Produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques			
2.1.1. Produits remboursables			
2.1.1.1. Montant totalement à charge de la mutualité			
2.1.1.1.1. Code Quant.			
HIBITANE TRINTURE 500ML	0XXXXX		
XANAX UD 0,50MG	0XXXXX		
2.2. Implants, prothèses et dispositifs médicaux non implantables			
2.2.1. Produits remboursables			
2.2.1. Code Quant.			
xxxxxx	61		
SOUS-TOTAL PHARMACIE			
	X	X	X
3. HONORAIRES MEDICAU ET PARAMEDICAU			
3.1. Honoraires forfaitaires par admission			
Forfait biologique clinique et honoraires			
forfaitaires biologique clinique			
591124 M / P			
591603 M / P			
Honoraires forfaitaires imagerie			
médicale et honoraires de consultation			
460784 M / P			
460821 M / P			
Honoraires service de garde médicale en l'hôpital			
590225 M / P			
3.2. Honoraires			

LA CHAMBRE

1^{er} jour : intervention personnelle + forfait (légal + supplément (uniquement en chambres à 2 lits et à 1 lit))

Du 2^e au 10^e jour : intervention personnelle (9 * X) + supplément (9 * X)

■ montant = (prix journée entretien *10)

■ montant = (a-b)

FORFAITS JOURNALIERS

■ médicaments

(Il est facturé même si aucun médicament ne vous est administré et quel que soit le type de chambre choisi).

SUPPLEMENT, AUTRE MONTANT

Par « **supplément** », on entend un montant facturé au patient, en plus de l'intervention personnelle fixée légalement, pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations et qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire.

Sous « **autre montant** », on entend des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutuelle ni aucune intervention personnelle ne sont prévues.

LES MEDICAMENTS

■ médicaments **catégorie D** (à charge du patient)
■ médicaments **catégorie A** (à charge de la mutuelle)

Le code CHAMBRE

■ P = chambre à 1 lit
■ M = chambre à 2 lits ou commune

LES FORFAITS PAR ADMISSION

■ uniques pour le séjour et pour chaque patient (selon son assurabilité) **ou celui-ci bénéficie**

ou non de ces prestations :					
<ul style="list-style-type: none"> biologie clinique imagerie médicale service de garde médicale 					
LES HONORAIRES MEDICAUX	<ul style="list-style-type: none"> intervention personnelle (convention INAMI) supplément 	X X	?		
LE PRESTATAIRE	<ul style="list-style-type: none"> code = C : le prestataire est conventionné (adhère à l'accord national ou à la convention médico-mutuelliste) code = NC : le prestataire n'est pas conventionné code = PC : le prestataire est partiellement conventionné pas de code = il n'y a pas d'accord ou de convention conclue 	X			
LE MATERIEL	Facturé au nom du pharmacien de l'hôpital. Quote-part à charge du patient.	X	supplément		
FORFAIT POUR PRESTATIONS TECHNIQUES	Intervention dans les prestations techniques : réduction de la part à charge de la mutuelle	X	0		
LES AUTRES FOURNITURES	Dérivé sanguin entièrement remboursé	X	X	X	
LES FRAIS DIVERS	Petit matériel et services de confort non pris en charge par l'organisme assureur	X	X	X	
ACOMPTÉ	Dédruit du total de la facture	X	X	X	
					TOTAL à PAYER : X Euro

3.2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est mis à charge du patient

3.2.2. Honoraires pour lesquels un montant est mis à charge du patient

HONORAIRES DE SURVEILLANCE
 Nomen. Nbre
 DOCTEUR 01/07/07 au 01/07/07 XXXXXX 1 NC M
 DOCTEUR 02/07/07 au 10/07/07 XXXXXX 9 NC M
KINESITHERAPIE
 Le 03/07/07 XXXXXX 1
 Le 04/07/07 XXXXXX 1

3.2.3. Honoraires pour toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques non remboursées et honoraires entièrement à charge du patient

PRESTATIONS DE SOINS NON REMBOURSABLES 00XXXX M
 3.2.4. Intervention personnelle pour prestations techniques :
 A.R. 18.12.1996

3.3. Autres prestations
 Nom du dispensateur N M XXXXXX 1 Code Quant.

SOUS-TOTAL DES HONORAIRES
4. AUTRES FOURNITURES
 xxxxxx Dérivé sanguin
SOUS-TOTAL DES AUTRES FOURNITURES

5. FRAIS DIVERS (les honoraires, les médicaments, les implants, les prothèses et dispositifs médicaux non implantables ne figurent jamais ici)
 Code Quantité
 TELEPHONE J XXXXXX 1
 TV J XXXXXX 1
SOUS-TOTAL DES FRAIS DIVERS

Total facturé à votre mutualité:
 A. Total des interventions personnelles à charge du patient:
 B. Total des suppléments à charge du patient:
 Total à charge du patient: A + B:
 AVANCE, PAYÉE LE : 01/07/07
 AVANCE, PAYÉE LE : 09/07/07
 Solde à payer par le patient au compte: 240-0610500-83

6 L'acompte

A votre entrée à l'hôpital, vous devez vous acquitter d'un acompte, **même si vous avez souscrit une assurance « frais d'hospitalisation »** (sauf conventions particulières avec certaines assurances). L'acompte est **obligatoire**, il couvre les frais de séjour qui ne sont pas pris en charge par votre organisme assureur. Il ne couvre pas le prix des spécialités pharmaceutiques non remboursées, ni les honoraires médicaux et paramédicaux.

Le montant réclamé est lié à la catégorie de chambre que vous avez choisie, à votre statut d'assurabilité et à la durée de votre séjour. En cas de séjour prolongé, vous devez renouveler l'acompte chaque semaine. Le montant total de vos acomptes est déduit de votre facture.

HOSPITALISATION DE JOUR

A l'hôpital de jour (admission et sortie le même jour), il n'y a pas d'intervention personnelle ni de majoration forfaitaire pour le premier jour. Il n'y a pas non plus de forfait pour les médicaments. Vous devez payer un ticket modérateur sur les médicaments remboursables comme à la pharmacie. Par contre, le supplément de chambre est maintenu si vous choisissez une chambre à 2 lits ou à 1 lit (pas de supplément en chambre commune).

En résumé

	Intervention personnelle	Majoration forfaitaire pour le 1 ^{er} jour	Supplément de chambre	Forfait pour les médicaments
Chambre commune	non	non	non	non
Chambre à 2 lits	non	non	oui ¹	non
Chambre à 1 lit	non	non	oui ¹	non

La fixation des honoraires et des éventuels suppléments est calculée selon les règles en vigueur pour l'hospitalisation classique (voir page 6).

¹ Sauf exceptions (voir p. 4).

2. LES CAS OÙ LA MUTUELLE N'INTERVIENT PAS

Certaines interventions ne font pas partie des actes répertoriés par l'INAMI et ne sont pas du tout remboursées par la mutuelle. Il s'agit par exemple de la chirurgie esthétique, de certains cas de chirurgie dentaire et de la fécondation in vitro.

Pour ce type d'interventions, **tous les frais sont entièrement à votre charge.**

- La chambre: dans son prix total (pas de prise en charge par la mutuelle).
- Les honoraires des médecins (dans ce cas, ils sont totalement libres d'en fixer le montant puisqu'il n'existe pas de référence donnée par l'INAMI).
- Les médicaments de toutes les catégories au prix plein.

Pensez à interroger votre médecin ou votre dentiste pour éviter les mauvaises surprises.

Votre mutualité peut également vous donner toutes les informations utiles.



3. LES ASSURANCES

« FRAIS D'HOSPITALISATION »

Si vous avez souscrit une assurance « frais d'hospitalisation », relisez attentivement votre contrat ou demandez conseil à votre courtier. Tous les contrats sont différents. La plupart d'entre eux limite le remboursement des honoraires ou du matériel à un certain plafond. Beaucoup excluent de leur couverture certaines interventions, certains soins ou la prise en charge dans des services spécifiques.

De surcroît, la plupart des contrats prévoient une franchise. Mieux vaut le savoir !

Dans le cas d'une assurance hospitalisation avec Assurcard, Medi-Assistance, DKV ou Médi-Link, vous devez présenter vos documents d'assurance lors de votre admission. Après validation par votre assureur, l'hôpital transmettra votre facture directement à la compagnie d'assurance selon les clauses prévues dans votre contrat.

4. LES ACCIDENTS DE TRAVAIL

Si votre hospitalisation est la conséquence d'un accident de travail, sachez que la compagnie d'assurances de votre employeur **limite son intervention** aux frais liés à un **séjour en chambre commune** (tarif INAMI).

Elle n'intervient donc pas pour les suppléments de chambre, les suppléments d'honoraires et pour les frais de convenance personnelle (télévision, téléphone, repas pour l'accompagnant...). Seule votre assurance « frais d'hospitalisation » peut prendre ces frais en charge de manière complémentaire. Si vous êtes hospitalisé(e) dans une chambre à 2 lits ou à 1 lit, vous devez verser un acompte.

5. L'INTERVENTION D'UN CPAS

Hospitalisation programmée

Si vous émergez au CPAS, vous devez lui demander le document d'engagement de paiement (réquisitoire) que vous devrez présenter lors de votre admission à l'hôpital. C'est à cette seule condition que le CPAS acceptera de payer directement à l'hôpital la quote-part de la facture qui lui sera adressée.

Attention : le CPAS limite son intervention aux frais liés à un séjour en chambre commune. Il n'intervient pour aucun supplément, et ne prend pas non plus en charge les frais de convenance personnelle (télévision, téléphone, repas accompagnant, colis naissance...).

Hospitalisation en urgence

Dans ce cas, vous devez absolument contacter le service social de la clinique. L'assistante sociale se charge de faire les démarches nécessaires auprès du CPAS dont vous dépendez.



6. L'ADMINISTRATEUR PROVISOIRE DE BIENS

Si un administrateur gère vos biens, il est impératif de le **signaler au service Accueil** de la clinique. Votre administrateur est la seule personne autorisée à effectuer les démarches administratives vous concernant. Lui seul peut signer les documents d'admission. C'est à lui que la facture est envoyée.

7. LA DECLARATION D'ADMISSION

La déclaration d'admission est soumise au patient ou à son représentant au moment de son admission à la clinique. C'est une obligation légale en vigueur dans tous les hôpitaux depuis le 1^{er} septembre 2004 (arrêté royal du 17 juin 2004).

L'objectif de la déclaration d'admission est de donner une **meilleure information sur les coûts** auxquels vous devez vous attendre. Attention cependant, il ne s'agit nullement d'une évaluation exhaustive de tous les frais auxquels vous devrez faire face, ni d'un devis.

La déclaration comprend deux volets :

- le 1^{er} volet donne des informations générales sur les coûts d'hospitalisation (frais de séjour, supplément de chambre, honoraires, frais pharmaceutiques...).
- le 2^e volet concerne les choix du patient.

En cas d'admission en urgence, la déclaration d'admission est soumise au patient (ou à son représentant) dès que son état le permet.

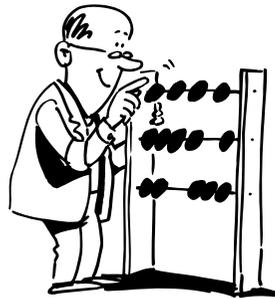
Pour tout renseignement complémentaire, le service Accueil de la clinique est à votre disposition. Vous pouvez télécharger la déclaration d'admission sur notre site www.chc.be.

8. CONCLUSION

La santé a un prix et vos choix (de médecin, de chambre) ont des répercussions sur le coût de votre hospitalisation.

Hormis certaines dérogations légales, tous les frais liés à votre hospitalisation (chambre, honoraires, médicaments...) font l'objet d'une perception centrale, c'est-à-dire qu'ils sont regroupés sur la (les) facture(s) que vous envoie l'hôpital.

Sachez cependant que seul votre médecin peut vous informer de la hauteur des honoraires liés à son intervention, des suppléments qu'il a pour habitude de demander et du coût du matériel qu'il va utiliser. Le règlement d'ordre intérieur de l'hôpital lui enjoint d'être explicite à ce sujet. Posez-lui donc clairement la question avant de réserver votre chambre. Ainsi, vous pourrez faire votre choix en connaissance de cause.



VOTRE HOSPITALISATION...



COMBIEN ÇA COÛTE ?

Renseignements : service Administration patients
tél. 04.224.80.33 - 04.224.80.34 - 04.224.85.74 entre 9h et 12h30
www.chc.be