

# L'hôpital

Des soins de qualité pour tous à un prix raisonnable

Formalités, choix et coût



La solidarité, c'est bon pour la santé

Edition octobre 2006



# TABLE DES MATIÈRES

## INTRODUCTION

### LE PASSAGE À L'HÔPITAL

Dois-je avertir ma mutualité en cas d'hospitalisation? .....	4
Que dois-je emmener ? .....	5
Quels documents mutualistes dois-je prendre? .....	5
Puis-je choisir l'hôpital? .....	6
Et si je fais appel aux services d'urgence? .....	7
Et si je suis hospitalisé à l'étranger? .....	8
Quand puis-je sortir? .....	9

### ENTRÉE À L'HÔPITAL: LA DÉCLARATION D'ADMISSION

De quoi s'agit-il? .....	10
Trois modèles de déclaration d'admission .....	11
Conditions financières .....	14
Votre choix .....	16
Dois-je payer un acompte? .....	19
Evaluer et comparer les coûts à votre charge .....	19

### APRÈS L'HOSPITALISATION

Comprendre la facture d'hospitalisation .....	21
Les assurances de la Mutualité chrétienne .....	28
J'ai un problème avec ma facture .....	30

### QU'EST-CE QUE L'HOSPITALISATION D'UN JOUR ? ..... 30 |

### LE MAXIMUM À FACTURER (MAF) ..... 32 |

### LA MUTUALITÉ CHRÉTIENNE À VOTRE SERVICE ..... 33 |

### NOS ADRESSES À BRUXELLES ET EN WALLONIE ..... 36 |

## INTRODUCTION

Une hospitalisation n'est jamais un moment agréable. Quand en plus d'une intervention, d'exams ou de traitements, il faut s'occuper des papiers, des formalités et prévoir un budget, tout cela peut se compliquer. Suppléments, médecins conventionnés, type de chambre, durée d'hospitalisation... Tous ces éléments peuvent paraître complexes, mais ont pourtant un poids important dans la facture finale.

## LE PASSAGE À L'HÔPITAL

### ■ Dois-je avertir ma mutualité en cas d'hospitalisation ?

En cas d'hospitalisation (mais aussi de maladie, d'accident privé, d'accident de travail, de repos d'accouchement) et si vous êtes travailleur salarié ou chômeur, vous devez avertir le médecin-conseil de votre mutualité. Cela vous permettra de recevoir des indemnités d'incapacité de travail.

#### Que devez-vous faire?

- Votre médecin doit vous remettre deux certificats d'incapacité de travail, un pour la mutualité et l'autre pour votre employeur.
- Vous envoyez un des deux certificats au médecin-conseil de votre mutualité **par la poste**. Attention, le certificat **ne peut pas** être glissé dans la boîte aux lettres de votre conseiller mutualiste. Il peut cependant être remis à votre conseiller contre accusé de réception.
- N'oubliez pas d'y coller une vignette jaune à votre nom.
- Envoyez-le dans les 48 heures.

#### Que se passe-t-il ensuite?

Après réception du certificat, la mutualité vous enverra, par lettre personnalisée, différents formulaires. Le principal document est la feuille de renseignements servant au calcul des indemnités. Il doit être complété par votre employeur et/ou par la caisse d'allocations de chômage et par vous-même.

## Que dois-je emmener ?

L'idéal est de téléphoner à l'établissement hospitalier qui, dans la plupart des cas, vous remettra une liste détaillée. Votre médecin traitant peut aussi vous aider à répondre aux questions que vous vous posez.

### Au point de vue médical

- tout document concernant l'hospitalisation remis par votre médecin;
- la liste des médicaments que vous prenez régulièrement;
- votre carte de groupe sanguin;
- vos radiographies éventuelles;
- signalez vos allergies ou régimes éventuels.

### Effets personnels

- pyjamas/chemises de nuit;
- nécessaire de toilette (gants, serviettes, brosse à dents et dentifrice, peigne, rasoir, etc.);
- sous-vêtements;
- peignoir et pantoufles;
- mouchoirs en papier;
- réveil ou montre;
- de quoi occuper vos loisirs,...

N'emportez pas d'objets de valeur dont vous n'aurez pas besoin...

## Quels documents mutualistes dois-je prendre?

Chacun, adulte ou enfant, a une carte d'identité sociale, appelée carte SIS. Celle-ci garantit le remboursement des soins de santé jusqu'à la date limite de validité qui y figure. Il est important que la personne qui se fait hospitaliser ait sa carte SIS.

Ne l'oubliez surtout pas, de même que votre carte d'identité.

Si vous possédez des documents venant du médecin-conseil de la mutuelle, emportez-les, ils pourront peut-être être utiles.

Prévoyez de l'argent pour payer votre acompte (voir p.19).

## Puis-je choisir l'hôpital ?

Vous êtes entièrement libre de choisir l'hôpital où vous souhaitez être soigné.

Bien souvent, votre médecin conseille tel ou tel hôpital plutôt qu'un autre; ce conseil ne vous lie pas. Avant de le suivre, il est utile de vérifier s'il s'agit ou non d'un hôpital où des suppléments importants pourraient vous être réclamés (voir Evaluer et comparer les coûts à votre charge, page 19).

Informez-vous surtout sur le montant des suppléments pour le séjour en chambre particulière, les suppléments pour le matériel qui serait utilisé et les suppléments des médecins non-conventionnés.

Votre médecin travaille peut-être dans deux hôpitaux à des tarifs différents. Renseignez-vous auprès de lui ou de votre mutualité.

Si vous avez souscrit une assurance auprès d'un assureur commercial, pensez à relire les clauses du contrat pour vous éviter de mauvaises surprises, car ces assurances ne couvrent pas nécessairement tous les frais que l'assurance-maladie ne prend pas en charge.

## L'accord médico-mutualiste

En principe, médecins et dentistes peuvent fixer librement leurs honoraires. Toutefois, il existe des accords entre les mutualités et les prestataires de soins, qui garantissent une sécurité tarifaire et permettent d'éviter de mauvaises surprises financières aux patients. Ces accords fixent les honoraires des prestations médicales.

Les prestataires adhérant à ces accords s'engagent à respecter ces tarifs et sont **conventionnés**.

Certains médecins adhèrent **partiellement** à l'accord, c'est-à-dire qu'ils appliquent les honoraires de l'accord sauf en certains lieux, certains jours et/ou certains moments de la journée, qui doivent être précisés préalablement au patient.

Les prestataires n'adhérant pas à l'accord sont **non-conventionnés**. Ils peuvent fixer eux-mêmes les tarifs de leurs honoraires.

*Attention, la distinction entre médecin conventionné ou non peut avoir une influence sur le montant des honoraires lors de consultations ou de soins pré- et postopératoires en dehors de l'hospitalisation.*

## ■ Et si je fais appel aux services d'urgence?

Si vous faites appel au 100 ou au 112, c'est qu'il y a urgence et dans ce cas, la première chose que vous oublierez de consulter, c'est... cette brochure.

Ces quelques lignes représentent le condensé des données importantes à retenir.

- **Emportez**, dans la mesure du possible, votre **carte d'identité** et votre **carte SIS** OU celles de la personne que vous accompagnez.
- **Vous n'avez pas le choix de l'hôpital**. Vous serez emmené dans l'établissement 'agrée 100' le plus proche ou le plus adapté à votre état de santé (même s'il est plus loin qu'un autre hôpital). Par contre, si un médecin (venu avec l'ambulance ou votre médecin traitant) vous accompagne dans l'ambulance, c'est lui qui désignera l'hôpital. Vous pouvez, après l'arrivée à l'hôpital, signer une décharge et demander votre transfert dans une autre institution.
- **Vous pouvez refuser** de monter dans une ambulance. Vous devrez alors signer une décharge.
- **Lisez ce que vous signez**. D'autant plus si vous signez des documents pour une autre personne. Vous, ou votre représentant légal si votre état de santé ne le permet pas, devrez remplir un formulaire de déclaration d'admission (voir plus loin). Choisissez de préférence les options de base, chambre commune, etc. Il vous sera toujours possible de modifier votre choix lorsque votre état de santé vous le permettra.

### **Qu'est-ce que cela me coûtera?**

Si le service 100 envoie le SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation), cette intervention ne peut pas vous être facturée. Les hôpitaux dont le SMUR est agréé bénéficient d'un financement spécial pour cette fonction.

Si vous recevez malgré tout une facture, adressez-vous à votre mutualité. Le service Défense des membres interviendra pour vous. Les frais de transport urgent ne sont pas couverts par l'assurance maladie-invalidité.

Mais dans le cadre de l'assurance complémentaire, la Mutualité chrétienne intervient financièrement pour ses affiliés et les personnes à leur charge:

- **transport en ambulance:** une intervention forfaitaire de 25 euros est accordée à toutes les factures. Si la facture est supérieure à 100 euros, nous remboursons le montant qui dépasse les 100 euros (par déplacement);
- **transport par hélicoptère:** l'intervention maximale est de 500 euros.

Les frais de transport non urgent peuvent faire l'objet d'une intervention de la mutualité dans le cadre de l'assurance complémentaire. Contactez votre conseiller mutualiste à ce sujet.

## Que faire si je suis hospitalisé à l'étranger ?

La carte européenne d'assurance maladie (CEAM) remplace le «E111» depuis juin 2004. La CEAM est valable dans tous les pays de l'Union européenne, ainsi qu'en Suisse, Norvège, Islande et au Liechtenstein.

**Tout comme pour le E111 par le passé, vous ne devez pas aller chercher cette carte à la mutualité avant votre départ.**

A la Mutualité chrétienne, les personnes en règle de cotisations à l'assurance complémentaire jouissent **d'une assistance à l'étranger 24h/24** (conseils, rapatriement, remboursement des soins, etc.) **par le service EuroCross** <sup>(1)</sup>.

Lorsque vous partez, prenez toujours avec vous la World Assistance Card (disponible chez votre conseiller mutualiste): elle sert d'aide-mémoire car elle mentionne le numéro d'appel de la centrale EuroCross : 0032 2 272 09 00.

En cas de problème à l'étranger, la centrale d'appel EuroCross enverra les documents requis par fax ou par courrier à l'hôpital.

En cas de soins à l'étranger, EuroCross couvre tous les frais (excepté les suppléments pour chambre particulière qui sont à charge du patient, sauf en cas de justification médicale si EuroCross donne son accord).

Attention: si vous êtes hospitalisé, vous devez prévenir la centrale d'appel EuroCross **dans les 48h qui suivent l'admission**, sous peine de perte des droits à l'intervention.

Si vous êtes toujours en incapacité de travail à la fin de votre hospitalisation, n'oubliez pas de déclarer votre incapacité de travail dans les 3 jours auprès de l'institution compétente de votre lieu de séjour c'est-à-dire à l'équivalent de la mutualité belge.

Un dépliant expliquant ce service est disponible dans votre mutualité, au numéro gratuit 0800 10 9 8 7 ou sur le site [www.mc.be](http://www.mc.be).

<sup>(1)</sup> Les modalités administratives pour les membres de la Mutualité chrétienne de Verviers et d'Eupen sont différentes. Contactez votre conseiller mutualiste.

## Quand puis-je sortir?

En principe, c'est le médecin qui décide de la durée du séjour. Toutefois, vous avez le droit de quitter l'hôpital quand vous voulez. Si votre sortie de l'hôpital se fait contre l'avis du médecin, vous devrez signer une décharge dégageant le médecin de ses responsabilités.

**Si votre départ se fait :**

avant 14 h : ➡ le dernier jour est facturé, si le premier ne l'a pas été;  
après 14 h : ➡ la journée entière sera facturée.

Si vous êtes travailleur salarié ou chômeur et si au cours de votre hospitalisation, vous n'avez accompli aucune formalité vis-à-vis de votre mutualité, ne perdez pas de vue qu'il y a lieu de réclamer un certificat médical d'incapacité de travail avant votre sortie et de l'envoyer au médecin-conseil dans les 48 heures après votre sortie d'hôpital.

**Un retour à la maison, cela se prépare !**

En cas de besoin, vous pouvez demander au Service social de la clinique ou à l'infirmière de prendre préalablement contact avec votre famille, le service social de votre mutualité, le service d'aide et de soins à domicile ASD, ou l'ACIH-AAM (mouvement social de personnes malades, valides et handicapées) ce dernier pouvant vous envoyer un bénévole.

Le départ de l'hôpital se prépare durant l'hospitalisation !  
Le Service social de l'hôpital peut vous y aider. N'hésitez pas à le contacter! Les solutions de prise en charge à domicile ou dans d'autres institutions nécessitent certains délais.

# ENTRÉE À L'HÔPITAL: LA DÉCLARATION D'ADMISSION

Il existe 3 types de chambre: la chambre commune, la chambre à 2 lits et la chambre particulière. En chambre particulière, différentes catégories peuvent encore exister selon le niveau de confort. Le choix de la chambre n'a pas de conséquence sur la qualité des soins.

À l'admission, l'hôpital est obligé de vous informer sur les suppléments qui vous seront réclamés.

## De quoi s'agit-il?

Lors de votre arrivée à l'hôpital, vous devrez remplir une déclaration d'admission. Ce document est établi en double exemplaires: un exemplaire pour l'hôpital et un pour vous. Conservez bien ce document, il pourra vous être utile en cas de contestation de la facture.

La déclaration d'admission est un formulaire intitulé «Choix de chambre & Conditions financières», qui reprend les informations financières relatives à votre hospitalisation.

Cette déclaration vous permettra de mieux identifier les différents éléments qui auront un impact plus ou moins important sur la facture finale. Ainsi, les suppléments de chambre et les suppléments pour les prestations médicales sont clairement annoncés.

Pour les implants, les prothèses et les frais divers, il n'était pas réalisable de reprendre dans la déclaration d'admission une liste complète avec les prix. Dès lors, elle attire votre attention sur le fait que ces frais sont partiellement ou totalement à votre charge, et que l'hôpital tient à votre disposition toute l'information nécessaire.

**Soyez très attentif, car ces montants peuvent être élevés!**

## La déclaration d'admission n'est pas un devis!

En effet, elle ne permet pas d'estimer le montant exact qui vous sera facturé parce que certains frais ne sont pas prévisibles. Ainsi, il est difficile de connaître à l'avance l'importance de certains frais médicaux, notamment les dépenses liées à des complications imprévues, mais aussi de certains frais non médicaux.

## Trois modèles de déclaration d'admission

Il existe trois modèles de déclaration d'admission, selon le type d'hospitalisation:

- modèle «Hôpital général» (si vous passez au moins une nuit complète à l'hôpital);
- modèle «Hôpital général - Hospitalisation de jour»;
- modèle «Hôpital psychiatrique».

Ces trois modèles sont présentés de la manière suivante.

- La première page mentionne, notamment, le type d'hospitalisation (classique, de jour, psychiatrique), les coordonnées de l'établissement hospitalier et votre identification.
- La deuxième page présente les «Conditions financières» (voir le détail plus loin).
- La troisième page, «Votre choix», reprendra vos choix sur le type de tarif (tarif INAMI / tarif statut des médecins) et le type de chambre (commune / deux lits / particulière).
- La quatrième page présente une synthèse des règles de facturation relatives aux suppléments demandés pour les prestations médicales (suppléments d'honoraires).

Nous reproduisons ci-après les pages 2 et 3 du modèle «Hôpital général».

## Conditions financières :

### 1. Frais de séjour

#### 1.1. Intervention personnelle légale (1)

Le 1er jour  
 A partir du 2ème jour  
 A partir du 9ème jour  
 A partir de la 6ème année

Ayants droit au tarif préférentiel (2)		Autres bénéficiaires			
Quel que soit le type de chambre		Quel que soit le type de chambre			
avec personne à charge	sans personne à charge	Troisième avec personne à charge	Troisième sans personne à charge	Descendant et chômeur avec personne à charge	Descendant et chômeur sans personne à charge
€	€	€	€	€	€
€	€	€	€	€	€
€	€	€	€	€	€

#### 1.2. Supplément de Chambre par jour

Selon le type de chambre		
chambre commune	chambre à deux lits	chambre particulière
0 €	€ 14	€ 51

#### 1.3. Forfait légal médicaments par jour

Quel que soit le type de chambre : ... € (9)

### 2. Frais pharmaceutiques

- 2.1. Produits (para-) pharmaceutiques  
 2.2. Implants, prothèses et moyens médicaux auxiliaires non implantables

Parallèlement ou indépendamment à votre charge, selon le type et le bas coût, selon votre choix de matériels et de produits. Le prix d'un matériel ou produit peut être obtenu sur simple demande auprès de la pharmacie.

### 3. Honoraires (para-) médicaux

#### 3.1. Honoraires forfaitaires par admission

Intervent en personnel légal pour :  
 - Prestations techniques

Quel que soit le type de chambre	
Ayants droit au tarif préférentiel (2)	Autres bénéficiaires
0 €	€

#### 3.2. Honoraires

Tarif de non personnel légal :

Suppléments d'honoraires (6) :

- Selon les tarifs de l'engagement (3)
- En fonction des statuts des médecins (5) :  
 Conventioneux  
 Non conventioneux
- Selon son statut social (7)

Exemples : Honoraires de surveillance, kinésithérapie

Selon le type de chambre		
chambre commune	chambre à deux lits	chambre particulière
0	0	0
max 0- ou €	max 0- ou €	max (taux forfaitaire) ou €
0	0	0

### 4. Autres fournitures et frais divers

Quel que soit le type de chambre :  
 Moyennant votre accord, vous pouvez obtenir des services et biens divers (téléphone, télévision, ...) dont les prix, entièrement à votre charge, peuvent être obtenus sur simple demande auprès de l'établissement.

- Ces interventions personnelles légales ne sont pas d'application en cas d'hospitalisation partielle ou jour ou de nuit, sauf lorsqu'il y a une activité ambulatoire. L'intervention personnelle prévue à partir du 9ème jour sera alors perçue en compte.
- Ayants droit au tarif préférentiel = bénéficiaire d'une intervention majeure de la part de la mutualité.
- Tarif de l'engagement : les honoraires applicables seront ceux indiqués dans le cadre de l'accord de médian mutualiste.
- Le supplément maximum pour la chambre à deux lits s'élève à ... € (montant en vigueur depuis le ...)
- La liste reprenant le statut conventionné ou non conventionné des médecins ne vous sera remise 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 occupés dans des chambres de deux patients ou plus nécessitent un séjour en chambre individuelle
  - lorsque l'admission a lieu dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de votre volonté.
- À condition que vous séjourniez dans une chambre à deux lits ou dans une chambre commune, les médecins non conventionnés ne peuvent effectuer aucun supplément si vous relevez 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 ou moins et les personnes qui sont à leur charge
  - les personnes reconnues par leur mutualité comme malades chroniques
  - les personnes qui ont droit au forfait pharmaceutique d'entretien
  - les personnes qui ont bénéficié de l'intervention hospitalière pour soins médicaux domicile ou font l'objet d'une admission dans un service So de soins palliatifs
- 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.
- Ce montant couvre l'intervention personnelle du patient dans le coût des spécialités pharmaceutiques remboursables que le coût des spécialités pharmaceutiques non remboursables.

## Votre choix :

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

**SOIT au tarif de l'engagement (3). 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 (4).

**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 (7) de .....% ou ..... € peut m'être facturé par les médecins non conventionnés (5).

la chambre à deux lits 1. Je suis informé que le supplément de chambre s'élève à €..... par jour (4).  
2. Je suis informé qu'un supplément d'honoraires (7) de .....% ou ..... € peut m'être facturé par les médecins non conventionnés (5).

la chambre particulière (6) 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. (B)

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.

**Remarque :** les montants repris ci-dessus peuvent être indexés. Ils sont susceptibles d'être modifiés en cours de séjour.

Pour toutes informations supplémentaires, vous pouvez vous adresser au service

Tel : .....

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

Signature du patient (\*) ou de son représentant légal

Ajouter la mention manuscrite "Lu et approuvé"

(\*) Nom, prénom du patient ou de la personne qui le représente

Pour l'établissement hospitalier

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, si le souhaite, 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.

## La page 2 en détail: conditions financières

Les conditions financières sont présentées par rubrique (frais de séjour, honoraires médicaux...). Ce sont ces mêmes rubriques que vous retrouverez sur la facture qui vous sera adressée après votre hospitalisation.

### 1. Frais de séjour

Les montants suivants sont facturés par journée d'hospitalisation.

- Une intervention personnelle légale<sup>(1)</sup> vous sera réclamée (sauf en cas d'hospitalisation de jour). Elle varie en fonction de votre qualité mutualiste<sup>(2)</sup> et de la durée de l'hospitalisation.

#### Intervention personnelle légale dans les frais de séjour en hôpital général

Quel que soit le type de chambre	Pour les ayants droit au tarif préférentiel <sup>(3)</sup>	Titulaire avec personne(s) à charge	Titulaire sans personne à charge	Descendant et chômeur (personne à charge incluse)
Le 1 <sup>er</sup> jour	4,64 EUR	40,33 EUR	40,33 EUR	31,91 EUR
A partir du 2 <sup>e</sup> jour	4,64 EUR/j	13,06 EUR/j	13,06 EUR/j	4,64 EUR/j
A partir du 91 <sup>e</sup> jour	4,64 EUR/j	13,06 EUR/j	13,06 EUR/j	4,64 EUR/j

Si vous êtes ré-hospitalisé dans les 90 jours après une hospitalisation, la deuxième hospitalisation est censée être la prolongation de la première.

- L'hôpital réclame aussi un supplément de chambre. Ce supplément varie selon le type de chambre:
  - en chambre commune: pas de supplément;
  - en chambre à deux lits: l'hôpital peut facturer un supplément pour lequel un maximum légal de 20,11 euros par jour est fixé;
  - en chambre particulière: l'hôpital facture un supplément pour lequel aucun maximum légal n'est fixé. De plus, ce montant peut varier en fonction du niveau de confort de la chambre dans laquelle vous séjournerez.

<sup>(1)</sup> C'est la quote-part personnelle. Ce montant est votre participation légale dans le financement du coût de l'infrastructure et de l'encadrement infirmier. Il est pris en compte pour le Maximum à facturer (voir page 32).

<sup>(2)</sup> Catégorie sous laquelle vous êtes repris auprès de votre mutualité: titulaire avec personne à charge, titulaire sans personne à charge (isolé), enfant, bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM, ancien VIPO), chômeur complet...).

<sup>(3)</sup> BIM ou Bénéficiaire d'intervention majorée

- Dans tous les cas, vous devrez aussi payer un forfait médicaments pour les médicaments remboursés par l'assurance maladie, même si vous ne consommez pas de médicaments pendant votre hospitalisation. Le montant légal est de 0,62 euros par jour, quel que soit le type de chambre choisi.

## 2. Frais pharmaceutiques

- Aucun supplément ne pourra être demandé pour des produits pharmaceutiques remboursables, votre participation pour ces médicaments est déjà couverte par le forfait médicaments. Par contre, beaucoup de produits pharmaceutiques ou para-pharmaceutiques ne sont pas remboursés par l'assurance-maladie ou le sont partiellement (antidouleurs communs, somnifères...). Ces derniers seront donc complètement ou partiellement à votre charge, sauf si vous êtes hospitalisé en hôpital psychiatrique.
- Les implants et prothèses sont partiellement ou totalement à votre charge. Avant votre opération, adressez-vous au chirurgien qui pourra vous indiquer le prix approximatif à votre charge.

## 3. Honoraires (para-)médicaux

- Pour les prestations médicales que sont les actes techniques, la biologie clinique et l'imagerie médicale, l'hôpital réclame, qu'ils soient réalisés ou non, des montants uniques appelés **honoraires forfaitaires par admission**. Les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ont droit à un tarif réduit.

Honoraires forfaitaires par admission	Quel que soit le type de chambre	
	Pour les ayants droit au tarif préférentiel (BIM)	Pour les autres bénéficiaires
Intervention personnelle légale pour...		
prestations techniques	0 EUR	16,40 EUR
honoraires forfaitaires de biologie clinique	0 EUR	7,44 EUR
honoraires forfaitaires imagerie médicale	1,98 EUR	6,20 EUR

- Pour toutes les autres prestations médicales, une intervention personnelle légale (ou ticket modérateur<sup>(1)</sup>), qui varie en fonction de votre qualité mutualiste, vous sera réclamée. De plus, des suppléments sur ces mêmes prestations médicales, selon le type de tarif et de chambre, peuvent vous être facturés.

## 4. Autres fournitures et frais divers

Les autres fournitures (sang, plasma sanguin, lait maternel, bandes plâtrées...) sont prises en charge par l'assurance obligatoire.

Les frais divers sont des biens et services non médicaux (téléphone, boissons, télévision, frigo...) qui sont totalement à votre charge, uniquement si vous les avez explicitement demandés.

## La page 3 en détail: votre choix

Après avoir pris connaissance des conditions financières de l'hôpital, vous devrez faire un choix.

**Tout d'abord, vous devrez choisir le type de tarif**

- soit le tarif de l'engagement (A), c'est-à-dire le tarif INAMI,
- soit le tarif selon le statut des médecins (B).

Ensuite, selon le cas, vous devrez opter pour la chambre commune, à deux lits ou particulière.

### A. Vous optez pour le tarif de l'engagement (tarif INAMI)

Ce choix vous donne la garantie qu'aucun supplément d'honoraires ne vous sera réclamé sur les prestations médicales. Néanmoins, vous devez savoir qu'en optant pour cette formule,

- vous pouvez être limité dans le choix des médecins. En effet, ces derniers devront obligatoirement être conventionnés;
- vous devrez alors choisir d'être hospitalisé en chambre commune ou en chambre à deux lits (la chambre particulière n'est pas accessible dans ce cas).

En chambre à deux lits, un supplément de chambre peut être demandé.

<sup>(1)</sup> C'est la différence entre le prix fixé par l'accord médico-mutualiste et le montant remboursé par la mutualité pour les soins de santé, et qui reste à votre charge. Ce montant est pris en compte pour le Maximum à facturer (voir page 32).

## **B. Vous optez pour le tarif selon le statut des médecins (conventionnés ou non-conventionnés)**

Dans ce cas, vous avez le choix d'être hospitalisé en chambre commune, à deux lits ou particulière.

Des suppléments d'honoraires sur les prestations médicales peuvent vous être demandés, en fonction du statut du médecin mais également selon le type de chambre que vous choisirez.

Ainsi, si vous optez pour la chambre commune ou à deux lits, un supplément d'honoraires pourra vous être facturé par les médecins non-conventionnés.

Si vous optez pour une chambre particulière, tous les médecins pourront vous réclamer des suppléments d'honoraires, qu'ils soient conventionnés ou non.

Pour les chambres à deux lits et particulières, vous devrez en plus payer un supplément de chambre par jour d'hospitalisation.

### **Quel que soit votre choix en terme de tarif et de chambre...**

L'hôpital doit tenir à votre disposition une liste des médecins conventionnés et non-conventionnés.

### **Je désire un lit en chambre commune et il n'y en a plus de libre. Que faire?**

Si votre hospitalisation ne peut être reportée à plus tard, l'hôpital acceptera de vous hospitaliser au prix de la chambre commune dans une chambre particulière ou à deux lits; dès que possible, vous serez sans doute transféré en chambre commune.

Si vous devez être hospitalisé «pour raisons médicales» dans une chambre particulière, c'est le tarif de la chambre commune qui sera appliqué. La décision revient au médecin qui vous prend en charge à l'hôpital. Un certificat de votre médecin de famille ne suffit pas. Cela peut aussi se décider en cours d'hospitalisation.

## En résumé

	Chambre commune	Chambre à deux lits	Chambre particulière
Tarif de l'engagement	pas de supplément d'honoraires pas de supplément de chambre	pas de supplément d'honoraires supplément de chambre possible	—
Statuts des médecins	supplément d'honoraires pour les médecins non-conventionnés pas de supplément de chambre	supplément d'honoraires pour les médecins non-conventionnés supplément de chambre possible	supplément d'honoraires pour les médecins conventionnés et non-conventionnés supplément de chambre

## Important à savoir:

- Dans les établissements universitaires, il est interdit de facturer des suppléments d'honoraires en chambre commune ou à deux lits, et ce, même si le prestataire n'est pas conventionné.
- En chambre particulière ou à deux lits, des suppléments d'honoraires ne peuvent pas être facturés à un patient bénéficiant d'une intervention majorée (BIM).
- Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, l'hôpital ne peut pas facturer de suppléments de chambre en chambre à deux lits pour les patients suivants:
  - les bénéficiaires d'un tarif préférentiel (BIM, ancien VIPO) ou qui bénéficient d'un revenu vital, d'une majoration de rente, d'un revenu garanti aux personnes âgées, d'une allocation de handicapé, d'allocations familiales majorées en raison d'un handicap et leurs personnes à charge;
  - les chômeurs de longue durée (12 mois) d'au moins 50 ans bénéficiant du tarif préférentiel et les personnes à leur charge;
  - les personnes reconnues par leur mutualité comme malade chronique;
  - les personnes qui ont droit à une intervention pour matériel d'incontinence;
  - les personnes qui reçoivent une intervention palliative ou sont admises dans un service de soins palliatifs.

## ■ Dois-je payer un acompte?

	Pour les ayants droit au tarif préférentiel (BIM) et leurs personnes à charge, ainsi que tous les enfants à charge	Pour les autres bénéficiaires
Chambre commune	Je paie maximum 75 euros d'acompte	Je paie maximum 150 euros d'acompte
Chambre particulière ou à deux lits	Je paie un acompte de 75 euros augmenté de maximum 7 fois le supplément pour la chambre	Je paie un acompte de 150 euros augmenté de maximum 7 fois le supplément pour la chambre

**Un nouvel acompte peut être réclamé au début de chaque nouvelle période de 7 jours.**

Si vous n'êtes pas en ordre de mutualité, l'hôpital peut vous réclamer un acompte plus important.

Si vous n'avez pas les moyens de payer l'acompte, l'hôpital ne peut pas vous refuser le séjour dans une chambre commune.

Votre conseiller mutualiste peut vous aider.

Vous pouvez également téléphoner au **0800 10 9 8 7** (n° gratuit) ou consulter notre site [www.mc.be](http://www.mc.be).

## ■ Evaluer et comparer les coûts à votre charge

Pour la Mutualité chrétienne, la priorité est d'évaluer et de surveiller les coûts à charge des patients hospitalisés, et de mettre cette information à la disposition de tous.

Le site [www.mc.be](http://www.mc.be) propose un module permettant à chacun de comparer les tarifs des hôpitaux belges.

Les montants repris dans cette comparaison sont des moyennes constatées sur base des factures de 2004. Ils ne sont qu'une indication permettant de situer les tarifs d'un hôpital par rapport à un autre. Ils ne sont pas du tout un engagement: la facture réelle peut être moins élevée ou plus élevée selon la lourdeur de l'intervention, le fait que le médecin soit conventionné ou non, le type de matériel, la durée du séjour. Et les montants facturés ne donnent aucune indication sur la qualité des soins.

### **Concrètement**

Sur le site [www.mc.be](http://www.mc.be), vous cliquez sur Selfservice puis sur Pratiques tarifaires des hôpitaux.

Après avoir sélectionné le type de service (ou une pathologie) et le type de chambre, vous pouvez comparer les pratiques tarifaires de 4 hôpitaux maximum, pour différentes rubriques (suppléments d'honoraires, matériel...). Vous pouvez aussi imprimer la déclaration d'admission officielle de l'hôpital sélectionné.

### **Cinq éléments d'information**

Cinq éléments pertinents d'information ont été retenus, permettant de couvrir l'entièreté des montants que le patient doit personnellement payer:

- le pourcentage des suppléments d'honoraires des prestations médicales
- le pourcentage des suppléments sur les implants, les prothèses...
- le montant moyen pour les médicaments non remboursables
- le montant moyen pour les frais divers
- le montant moyen du supplément de chambre par jour.

Si vous ne disposez pas d'une connexion Internet, n'hésitez pas à demander les informations auprès de votre conseiller mutualiste, ou appelez le numéro gratuit 0800 10 9 8 7.

## APRÈS L'HOSPITALISATION

### ■ Comprendre la facture d'hospitalisation

Si vous êtes en règle de mutualité, vous ne payez à l'hôpital que ce que la mutualité ne prend pas en charge dans les frais d'hospitalisation.

La part à charge de la mutualité est directement payée par elle à l'hôpital. Ce système, appelé tiers payant, est obligatoire.

Hormis l'acompte, aucun montant ne peut vous être demandé durant le séjour.

Gardez le reçu de l'acompte ainsi que l'exemplaire de la déclaration d'admission que vous avez complété et signé à votre entrée à l'hôpital; il vous permettra de vérifier l'exactitude des sommes qui vous sont demandées lorsque vous recevrez votre facture.

Deux mois environ après votre sortie, l'hôpital vous enverra un extrait de la note d'hospitalisation. **Tous les hôpitaux doivent utiliser ce modèle unique de facture.**

Aucun supplément ne pourra être réclamé s'il n'est pas mentionné et repris sur cet extrait.

Mais vous pourrez recevoir une note d'honoraires distincte (voir p. 27). Cette facture reprendra certaines prestations du Conseil médical de l'hôpital et doit être annexée à l'extrait de la note d'hospitalisation. Ces honoraires médicaux seront payés séparément selon les modalités précisées.

Votre conseiller mutualiste peut vous aider.

Vous pouvez également téléphoner au numéro gratuit 0800 10 9 8 7.

# 1. Les frais de séjour

				A charge du patient			
				Nombre de jours	A charge de la mutualité	Intervention personnelle	Supplément chambre
<b>1. Frais de séjour</b>							
<b>1.1. Frais de séjour - Hospitalisation</b>							
Service	Type de chambre	du :	au :				
.....	Commune	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	A deux lits	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	A un lit	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Camp de vacances collectif				.....	.....	.....	.....
Forfait médicaments (1)				.....	.....	.....	.....
Honoraires médicaux forfaitaires par journée d'hospitalisation (1)				.....	.....	.....	.....
Forfait hémodialyse pour hospitalisé				.....	.....	.....	.....
Forfait hôpital de jour pour hospitalisé				.....	.....	.....	.....
<b>1.2. Frais de séjour hospitalisation de jour</b>							
<b>1.2.1. Miniforfait</b>							
	Type de chambre	date					
	Commune	.....		.....	.....	.....	.....
	A deux lits	.....		.....	.....	.....	.....
	A un lit	.....		.....	.....	.....	.....
<b>1.2.1. Maxiforfait, forfaits A, B, C, D</b>							
	Type de chambre	date					
	Commune	.....		.....	.....	.....	.....
	A deux lits	.....		.....	.....	.....	.....
	A un lit	.....		.....	.....	.....	.....
<b>1.3. Forfait hémodialyse</b>							
.....				.....	.....	.....	.....
<b>1.4. Forfait postcure de rééducation fonctionnelle</b>							
.....				.....	.....	.....	.....
<b>Sous-total des frais de séjour</b>				.....	.....	.....	.....

<sup>(1)</sup> Il s'agit ici de montants forfaitaires légaux facturés à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.

## 2. Pharmacie - Frais pharmaceutiques et para-pharmaceutiques

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 du patient	Supplément ou autre montant <sup>(1)</sup>
2.1. Produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques.					
2.1.1. Produits remboursables					
2.1.1.1. Montant totalement à charge de la mutualité			.....		
2.1.1.2. Partiellement à charge du patient <i>Nom du produit :</i>	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	
2.1.1.3. Médicaments sans l'accord du médecin-conseil <i>Nom du produit :</i>	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.1.2. Produits <b>non remboursables</b> <i>Nom du produit :</i>	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.1.3. Produits parapharmaceutiques <i>Nom du produit :</i>	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2. Implants et prothèses et dispositifs médicaux non implantables					
2.2.1. Produits remboursables <i>Nom de la fourniture :</i>					
.....	.....	.....	.....	.....	.....
<i>Marge de délivrance <sup>(2)</sup></i>	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2.2. Produits non remboursables <i>Nom de la fourniture :</i>					
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Sous-total : Pharmacie - Frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques Frais d'implants, de prothèses et de dispositifs médicaux non implantables</b>			.....	.....	.....

<sup>(1)</sup> Par "supplément", on entend un montant qui est 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 mutualité ni aucune intervention personnelle ne sont prévues.

<sup>(2)</sup> Par marge de délivrance, on entend une rétribution de délivrance destinée au pharmacien hospitalier qui stocke et délivre des implants et prothèses; ce montant est facturé sous "autre montant"

### 3. Honoraires médicaux et paramédicaux

3. Honoraires médicaux et para-médicaux	N° de nomenclature	Code Adhésion (1)	Code Chambre (2)	A charge de la mutualité	A CHARGE DU PATIENT	
					Intervention personnelle	Supplément ou autre montant
<b>3.1. Honoraires forfaitaires par admission</b> (3) Forfait biologie clinique et honoraires forfaitaires biologie clinique	.....					
Honoraires forfaitaires imagerie médicale et honoraires de consultation	.....					
Honoraires service de garde médical en hôpital	.....					
<b>3.2. Honoraires</b>						
<b>3.2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est mis à charge du patient</b>				.....		
<b>TOTAL :</b>				.....		
<b>3.2.2. Honoraires pour lesquels un montant est mis à charge du patient</b> Selon la spécialité et/ou le type de dispensateur Spécialité : ..... Nom du dispensateur : .....	.....					
<b>3.2.3. Honoraires pour toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques non remboursées et honoraires entièrement à charge du patient</b> Nom du dispensateur : ..... Nature de la prestation : .....	.....					
<b>3.2.4. Intervention personnelle pour prestations techniques</b> A.R. 01-01-2004 (				- 16,40	+ 16,40	
<b>Sous total des honoraires :</b>				.....	.....	.....

(1) Le code «adhésion» permet d'identifier si le médecin est conventionné ou non ou partiellement conventionné. Le code «chambre» indique si l'hospitalisation a lieu en chambre commune, à deux lits ou particulière. Si le dispensateur est conventionné → code = C / si pas conventionné → code = NC / si partiellement conventionné → code = PC si pas d'accord ou convention conclue → aucun code n'est mentionné

(2) code chambre à 1 lit = P / code chambre commune ou 2 lits = M

(3) Il s'agit ici de montants forfaitaires légaux facturés à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations

(4) Il s'agit ici d'un montant forfaitaire légal facturé à tous les patients hospitalisés. Cette intervention personnelle est portée en compte soit par l'hôpital soit par le Conseil médical de l'hôpital.

Les honoraires de tous les médecins, kinésithérapeutes et accoucheuses sont indiqués dans cette rubrique. Le nom du dispensateur et le numéro de nomenclature de la prestation n'y sont toutefois mentionnés que si un montant est à charge du patient.

## 4. Autres fournitures

	N° 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>4. Autres fournitures :</b>						
Nom fourniture : .....				.....	.....	.....
.....				.....	.....	.....
.....				.....	.....	.....
<b>Sous-total des autres fournitures</b>				.....	.....	.....

Sont mentionnées dans cette rubrique les fournitures telles que sang, plasma sanguin, dérivés sanguins, lait maternel, bains désinfectants en cas de brûlures, bandes plâtrées et autre matériel de plâtre...

## 5. Frais divers

	Code	A charge de la mutualité	A CHARGE DU PATIENT	
			Intervention personnelle	Supplément ou autre montant
<b>5. Frais divers :</b> (les honoraires, les médicaments, les implants, les prothèses et dispositifs médicaux non implantables ne figurent jamais ici)				
Libellé des frais divers : .....		.....	.....	.....
.....		.....	.....	.....
<b>Sous-total des autres fournitures</b>		.....	.....	.....

Les frais divers englobent tous les autres frais pour lesquels la mutualité n'intervient pas. Ils sont à votre charge (téléphone, boissons, location de télévision, frigo...) uniquement si vous ou votre représentant légal les avez explicitement demandés.

Les frais administratifs (badge, ouverture de dossier, timbres et frais de soins en urgence) sont compris dans les frais de séjour. Ils ne peuvent donc être facturés.

Le matériel utilisé lors d'une intervention (fil, bandage, bistouri...) est généralement couvert par les frais de séjour ou les honoraires de la prestation.

Par contre, le petit matériel que vous emportez en quittant l'hôpital (thermomètre, bas, matelas anti-escarres...) est à votre charge.

Mais vous n'êtes jamais obligé de l'emporter. Dans ce cas, vous ne devez pas le payer.

## Récapitulatif

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 : .... / .... / .....	.....
Avance payée le : .... / .... / .....	.....
Solde à payer par le patient au compte :	
... .. de .....	.....
... .. de .....	.....
Solde à rembourser par l'établissement :	.....

## Note d'honoraires

Dans le cas où le Conseil médical de l'hôpital facture certaines prestations, celles-ci peuvent être reprises sur une note d'honoraires distincte (voir modèle page suivante). Cette note doit être annexée à l'extrait de la note d'hospitalisation.

# Annexe 66bis

## NOTE D'HONORAIRES destinée au bénéficiaire

Identification du Conseil médical  
 Dénomination :  
 Adresse :  
 N° Postal - Commune :  
 Numéro I.N.A.M.I. :  
 Tél. :

Identification du patient  
 Nom - Prénom :  
 N° du dossier dans l'hôpital  
 N° d'inscription à la mutualité :

Référence à l'état récapitulatif des honoraires  
 envoyés à l'organisme assureur(mutualité) :  
 N° de l'organisme assureur (mutualité) :  
 N° Etat récapitulatif :  
 Date Etat récapitulatif :

Période d'hospitalisation :  
 du .. .. heures  
 à .. .. heures  
 Adresse de facturation :  
 Nom :  
 Adresse :  
 N° postal - Commune :

Honoraires médicaux et paramédicaux	N° Nomenclature Nombre de prestations	Code Adhésion (1)	Code Chambre (2)	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle	Supplément ou autre montant(3)
<b>1. Honoraires forfaitaires par admission (4)</b>						
1.1. Forfait biologie clinique et honoraires forfaitaires biologie clinique				.....	.....	.....
1.2. Honoraires forfaitaires imagerie médicale et honoraires de consultance				.....	.....	.....
1.3. Honoraires service de garde médical en hôpital				.....	.....	.....
<b>2. Honoraires :</b>						
2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est mis à charge du patient				.....	.....	.....
<b>TOTAL</b>						
2.2. Honoraires pour lesquels un montant est mis à charge du patient						
Selon la spécialité et/ou le type de dispensateur						
Spécialité						
Nom du dispensateur :						
2.3. Honoraires pour toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques non remboursées et honoraires entièrement à charge du patient						
Nom du dispensateur :						
Nature de la prestation						
<b>3. Intervention personnelle pour prestations techniques :</b>						
A.R. 01-01-2004 (5)				-16,40	+16,40	
<b>TOTAL : en EURO</b>						

(1) Le code «adhésion» permet d'identifier si le médecin est conventionné ou non ou partiellement conventionné. Le code «chambre» indique si l'hospitalisation a lieu en chambre commune, à deux lits ou particulière. Si le dispensateur est conventionné → code = C / si pas conventionné → code = NC / si partiellement conventionné → code = PC si pas d'accord ou convention conclue → aucun code n'est mentionné

(2) code chambre à 1 lit = P / code chambre commune ou 2 lits = M

(3) Il s'agit ici de montants forfaitaires légaux facturés à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations

(4) Il s'agit ici d'un montant forfaitaire légal facturé à tous les patients hospitalisés. Cette intervention personnelle est portée en compte soit par l'hôpital soit par le Conseil médical de l'hôpital.

# LES ASSURANCES DE LA MUTUALITÉ CHRÉTIENNE

## L'Hospi Solidaire

Comme membre de la Mutualité chrétienne, vous payez une cotisation d'assurance complémentaire qui vous donne droit à une série de services et d'avantages. Un de ces avantages, très important, est une intervention supplémentaire dans vos frais d'hôpitaux. Il s'agit de l'Hospi solidaire. L'Hospi Solidaire est basée sur le principe de la solidarité entre tous quels que soient le sexe, l'âge, l'état de santé... Elle intervient :

- sans questionnaire ni examen médical
- sans exclusion
- sans limite d'âge
- dans tous les hôpitaux
- pour tout type d'intervention (sauf chirurgie esthétique)
- quelle que soit la durée d'hospitalisation

Pour bénéficier de cette couverture, il suffit d'être membre de la Mutualité chrétienne et d'être en ordre de cotisation à l'assurance complémentaire.

## La certitude d'être couvert

### Pour les moins de 18 ans

- Aucune franchise n'est à prévoir et c'est l'ensemble des frais d'hospitalisation des moins de 18 ans qui est pris en charge (tant pour les hospitalisations classiques que pour les hospitalisations de jour)<sup>(1)</sup>
- Parce que l'hospitalisation peut être parfois une épreuve difficile, une prise en charge est prévue pour la personne accompagnant un enfant de moins de 18 ans, et ce à raison de maximum 15 euros par jour (logement dans la chambre de l'enfant).
- Enfin, dans le cadre de certains traitements médicaux, votre enfant bénéficiera de remboursements complémentaires.

### Pour les adultes

Pour les plus de 18 ans, la couverture Hospi Solidaire prend en charge les frais d'hospitalisation qui dépassent <sup>(1)</sup>:

- 275 euros par hospitalisation classique
- 150 euros en hôpital de jour.

<sup>(1)</sup> - pour les suppléments d'honoraires réclamés en chambre commune et à deux lits par des médecins non-conventionnés, les remboursements sont limités à 100% maximum du tarif officiel ;  
- les frais de téléphone ne sont pas couverts ;  
- les suppléments liés à la chambre particulière ne sont pas couverts.

Elle prend aussi en charge les frais de la personne accompagnante si celle-ci loge dans la chambre du patient (intervention limitée à 6,20 euros par jour).

L'Hospi Solidaire garantit que chacun ne paiera jamais plus de 550 euros par année civile, quel que soit le nombre d'hospitalisations.

### **Fécondation in vitro**

L'intervention de l'Hospi Solidaire est plafonnée à 250 euros. Elle porte sur les frais éventuels restant à charge du patient et uniquement pour les traitements qui sont couverts selon certains critères par l'assurance maladie obligatoire.

### **Séjours en hôpital psychiatrique**

Les conditions d'intervention sont identiques, mais il y a un plafond annuel d'intervention limité à 370 euros.

Dans tous les hôpitaux

L'Hospi Solidaire est valable dans tous les hôpitaux en Belgique pour toute intervention (à l'exception des soins esthétiques et des accidents de sport professionnel) et quel que soit le service d'admission.

La Mutualité chrétienne a signé une convention de partenariat avec un certain nombre d'hôpitaux dont elle soutient les efforts permanents d'amélioration, tant du point de vue de la qualité des soins que de la facturation aux patients.

### **Un remboursement simple**

Présentez votre facture à votre mutualité qui vous fera compléter et signer un formulaire. Après contrôle, le remboursement sera versé sur votre compte.

## **Encore mieux couverts?**

Pour compléter la couverture Hospi Solidaire, la Mutualité chrétienne vous propose d'autres assurances Hospi facultatives. Elles vous permettent d'être encore mieux couvert(e) en cas d'hospitalisation.

Pour tout savoir sur ces assurances, appelez le 0800 10 9 8 7.

## J'ai un problème avec ma facture

Si vous avez le moindre doute sur le montant de la facture, si certains points vous paraissent anormaux (facture incomplète, honoraires apparemment trop élevés ou imprévus, médecin envoyant ses honoraires en plus de la facture d'hospitalisation, hôpital réclamant des honoraires pour des prestations non effectuées...), renseignez-vous auprès de votre conseiller mutualiste, passez la facture en revue avec lui, **avant de la payer**.

Pour vous aider, la Mutualité chrétienne a mis sur pied un service d'information, de conseil en soins de santé et d'assistance juridique. C'est le **Service Défense des membres**.

Votre conseiller mutualiste vous donnera les coordonnées du service Défense des membres de votre mutualité. Vous pouvez aussi obtenir cette information en appelant le numéro gratuit 0800 10 9 8 7.

## QU'EST-CE QUE L'HOSPITALISATION DE JOUR?

Il s'agit d'une hospitalisation qui permet de réaliser une intervention chirurgicale ou un traitement médical en quelques heures ou en une journée.

L'hospitalisation ne comprend donc aucune nuit.

Cette formule s'applique à certains traitements médicaux et chirurgicaux.

## Quels sont les frais à ma charge pour une hospitalisation de jour?

### ■ Les frais de séjour

Pour les frais de séjour, l'Assurance-maladie paie un forfait; il n'y a pas de quote-part personnelle pour le patient. Toutefois, si vous choisissez d'être hospitalisé pour une journée dans une chambre à deux lits ou à un lit, les suppléments à payer sont identiques à ceux d'une hospitalisation habituelle (un montant de 20,11 euros pour la journée en chambre à deux lits et un supplément fixé par l'hôpital pour la chambre à un lit).

Un jour ou une heure... même tarif parce que ce montant de journée forfaitaire est fonction de la prestation qui est portée en compte!

#### ■ **Les frais pharmaceutiques**

Il n'y a pas de forfait de 0,62 euros/jour pour les médicaments remboursables, comme c'est le cas en hospitalisation habituelle. Par contre, vous devez payer un ticket modérateur sur les médicaments remboursables consommés, comme si vous alliez à la pharmacie. Les tarifs de base sont cependant diminués.

#### ■ **Les honoraires médicaux**

Les honoraires comprennent toutes les prestations médicales effectuées pendant votre journée d'hospitalisation. Le ticket modérateur dépend de la prestation effectuée et est déterminé par l'INAMI.

Attention, comme pour une hospitalisation classique, des suppléments d'honoraires peuvent être réclamés si vous êtes en chambre particulière.

#### ■ **Les honoraires forfaitaires pour la biologie clinique et la radiologie**

Pour la **biologie clinique**, le ticket modérateur dépend des prestations prescrites.

Il va de 0 à 3,72 euros pour les bénéficiaires avec intervention majorée (BIM) et leurs personnes à charge et de 0 à 15,67 euros pour les autres assurés. Pour la **radiologie**, il s'agit d'honoraires «de consultance»: le ticket modérateur est de 2,97 euros pour les BIM et leurs personnes à charge, et de 7,44 euros pour les autres assurés.

#### ■ **Autres fournitures**

Même chose qu'en cas d'hospitalisation classique (voir page 16).

#### ■ **Frais divers**

Même chose qu'en cas d'hospitalisation classique (voir page 16).

## Le Maximum à facturer (MAF)

### Votre protection contre les frais de soins de santé élevés

Grâce au système belge de sécurité sociale, la plus grande partie de vos frais médicaux sont remboursés par votre mutualité. Seuls les tickets modérateurs et les suppléments éventuels restent à votre charge. Le système du maximum à facturer (MAF), mis en place par le gouvernement fédéral il y a quelques années, complète encore cette protection, puisqu'il vous garantit de ne pas dépenser plus d'une certaine somme pour l'ensemble de vos soins de santé. Le ticket modérateur est la différence qui reste à votre charge entre le montant des honoraires officiels réclamés par le médecin ou l'hôpital, et l'intervention financière de la mutualité.

Attention, seuls les tickets modérateurs sont pris en compte dans le système de calcul du MAF. Les suppléments éventuellement réclamés par les prestataires de soins n'entrent pas en considération.

On distingue deux sortes de MAF: le MAF «revenus» et le MAF «social».

#### Le MAF «revenus».

Tous les tickets modérateurs qui dépassent un certain plafond sont remboursés intégralement par la mutualité. Ce plafond varie en fonction des revenus nets imposables du ménage: plus les revenus sont bas, plus le plafond est bas.

#### Le MAF «social»

Il s'agit d'une protection supplémentaire pour les personnes qui bénéficient d'une intervention majorée (BIM), ainsi que leur partenaire et les personnes à leur charge.

La mutualité rembourse les tickets modérateurs qui dépassent annuellement un plafond de 450 euros. Pour l'ensemble du ménage, le MAF «revenus» reste quant à lui d'application.

**Vous n'avez aucune démarche à entreprendre pour bénéficier du MAF! La mutualité comptabilise pour vous vos tickets modérateurs. Dès que le plafond est dépassé, les remboursements auxquels vous avez droit sont effectués automatiquement sur votre compte en banque.**

Un dépliant d'information sur le MAF est disponible auprès de votre conseiller mutualiste ou sur simple demande au numéro gratuit 0800 10 9 8 7

# LA MUTUALITÉ CHRÉTIENNE À VOTRE SERVICE

Le numéro d'appel gratuit de la Mutualité chrétienne 0800 10 9 8 7\* et le site [www.mc.be](http://www.mc.be) sont à votre disposition pour toute question ayant trait à l'hospitalisation ou à propos des services suivants.

## • **Hospi assistance**

Avant, pendant et après une hospitalisation, les questions se bousculent...

- Quels documents dois-je remplir pour une prochaine hospitalisation ?
- Quels sont les tarifs et suppléments pratiqués par l'hôpital de mon choix ?
- Comment préparer au mieux mon retour à la maison ?
- Quels sont les aides et services organisés par la Mutualité chrétienne lors de mon retour à domicile ?

## • **Service social**

Quand les problèmes de santé sont importants, des difficultés financières, professionnelles, familiales... peuvent survenir. Le Service social de votre mutualité est là pour vous conseiller, vous informer, vous aider. Ce service est gratuit et accessible à tous. Contactez-le le plus tôt possible pour vous guider et vous mettre en relation avec d'autres services si nécessaire.

## • **ACIH-AAM, Mouvement social de personnes malades, valides et handicapées**

Ce mouvement organise, entre autres activités, des séjours et pèlerinages pour des personnes malades, handicapées ou en perte d'autonomie, ainsi que d'autres activités de loisirs proches de chez vous. Toutes les activités sont encadrées par des personnes bénévoles. Chaque régionale du mouvement regroupe aussi des volontaires qui peuvent accompagner la personne malade ou handicapée dans certains besoins quotidiens: faire les courses, tenir compagnie, accompagner la personne chez le médecin...

---

\* du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 9h00 à 13h00.

Mais l'ACIH-AAM, c'est aussi l'occasion de se former et d'être tenu informé de ses droits, avec la revue Entrevoi..., l'occasion de rencontrer d'autres personnes et de partager ensemble des moments conviviaux, l'occasion de s'investir dans la vie d'un mouvement...

- **Service convalescence**

Après une intervention chirurgicale ou une maladie aiguë grave, une convalescence peut être utile. Nous répondons à ce besoin en intervenant financièrement lors d'un séjour de 14 jours minimum et de 60 jours maximum en maison de convalescence, pour autant que la demande soit justifiée par le médecin traitant et approuvée par notre médecin-conseil. Adressez-vous à votre mutualité avant la fin de l'hospitalisation pour connaître les lieux et les conditions d'hébergement.

- **Solival : conseil, location et vente de matériel**

Ce service est ouvert à tous et offre un vaste choix de matériel d'aide et de soins: voiturette, béquilles, cadre de marche, matériel d'incontinence, aérosols...

- **Service d'aide et de soins à domicile (A.S.D.)**

Pour vous aider à passer un cap difficile comme une maladie, le surmenage, un handicap grave... vous pouvez bénéficier de soins infirmiers et/ou d'une aide pour vous seconder dans les tâches ménagères et familiales.

- **Défense des membres**

Un service d'information, de conseil en soins de santé et d'assistance juridique est à votre disposition pour tous problèmes liés à l'hospitalisation: facture incomplète, montants facturés paraissant anormaux, négligences graves dans les soins. Contactez votre conseiller mutualiste qui pourra vous informer et vous communiquer les coordonnées du service.

- **Téléassistance Vitatel – Centrale d'alarme Permanence Soins à Domicile (PSD)**

Relié en permanence à une centrale, un appareil se déclenche au moindre malaise de la personne qui le porte. Ce service permet l'intervention rapide d'un tiers (voisin, membre de la famille, médecin...) en cas de problème. Le coût de l'abonnement est modique.

# NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

# NOS ADRESSES À BRUXELLES ET EN WALLONIE

Mutualité Saint-Michel  
Bd Anspach 111-115  
1000 Bruxelles  
Courriel: [st.michel@mc.be](mailto:st.michel@mc.be)

Mutualité chrétienne de Liège  
Place du XX Août 38  
4000 Liège  
Courriel: [liege@mc.be](mailto:liege@mc.be)

Mutualité chrétienne du  
Brabant Wallon  
Boulevard des Archers 54  
1400 Nivelles  
Courriel: [brabant.wallon@mc.be](mailto:brabant.wallon@mc.be)

Mutualité chrétienne de la  
Province de Luxembourg  
Rue Netzer 23  
6700 Arlon  
Courriel: [arlon@mc.be](mailto:arlon@mc.be)

Mutualité chrétienne du Centre,  
de Charleroi, de Thudinie  
Rue du Douaire 40  
6150 Anderlues  
Courriel: [anderlues@mc.be](mailto:anderlues@mc.be)

Mutualité chrétienne de la  
Province de Namur  
Rue des Tanneries 55  
5000 Namur  
Courriel: [namur@mc.be](mailto:namur@mc.be)

Mutualité chrétienne Hainaut-  
Picardie  
Rue Saint-Brice 44  
7500 Tournai  
Courriel: [haipi@mc.be](mailto:haipi@mc.be)

Mutualité chrétienne de  
Verviers et d'Eupen  
Rue Laoureux 25-29  
4800 Verviers  
Courriel: [verviers@mc.be](mailto:verviers@mc.be)

Réalisation: Infor Santé en collaboration avec l'Infocel du Département Soins de santé, Solimut et le Département Recherche et Développement.  
Coordination de la publication: Maryse Van Audenhaege.  
Merci aux nombreux relecteurs.

Infor Santé / Alliance nationale des mutualités chrétiennes  
Chaussée de Haecht 579 boîte postale 40, 1031 Bruxelles  
[infor.sante@mc.be](mailto:infor.sante@mc.be)

[www.mc.be](http://www.mc.be)  
0800 10 9 8 7 (numéro gratuit)

Illustration de couverture : © Steve Prezant/CORBIS