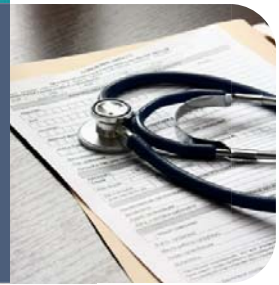


Santé : et si on parlait d'argent ?

L'aspect financier fait partie intégrante de la relation entre un patient et un professionnel de la santé. Oser aborder le coût d'une intervention ou d'un traitement contribue à établir une relation de confiance et permet au patient de faire un choix éclairé concernant sa santé.



Les soins de santé doivent être accessibles et abordables pour tous. La loi sur les droits du patient prévoit que chaque patient a le droit de savoir ce pour quoi il a payé. Cette loi énonce que tout patient a droit à des informations claires sur son état de santé, les soins qui lui sont proposés ou administrés et les conséquences financières de ces soins.

La loi relative à l'assurance maladie (loi AMI) prévoit que chaque patient a droit à un reçu et, dans certains cas, également à un document justificatif. En fonction de la situation, vous recevez donc de votre prestataire de soins un reçu ou un document justificatif.

1. Le reçu

Tout prestataire est tenu de vous délivrer un reçu du montant que vous avez payé en tant que patient. Ce reçu doit mentionner le montant que vous avez effectivement payé. Ce montant comprend tant les honoraires (c'est-à-dire la somme du ticket modérateur et des frais remboursés par la mutualité) que les suppléments éventuels intégralement à votre charge. Les honoraires des prestations pour lesquelles la mutualité n'intervient pas y sont également mentionnés.

Un reçu, sous quelle forme ?

Le reçu est le talon détachable au bas de l'attestation de soins donnés (ASD). L'ASD est le document que les professionnels de la santé remettent à leurs patients lorsqu'ils ont effectué des prestations donnant lieu à une intervention de la mutualité.

Qui garde le reçu ?

Vous pouvez détacher le talon (reçu) de l'ASD et le conserver. Le reçu vous est destiné et peut ne pas être remis à la mutualité. Mais il est recommandé de le faire car votre mutualité vous aide en cas de questions. Le prestataire ne peut pas le conserver.

Recevez-vous toujours un reçu ?

Le prestataire est tenu de vous remettre un reçu lorsque vous payez en espèces ou par carte bancaire. Si vous payez par la suite par virement, l'extrait bancaire tient lieu de preuve de paiement. Lorsque vous recevez un document justificatif (voir plus loin), le professionnel de la santé n'a pas l'obligation de vous remettre un reçu.

En cas d'application du tiers payant, le prestataire transmet l'ASD directement à votre mutualité. Vous payez alors uniquement le ticket modérateur au spécialiste de la santé. Le solde des honoraires officiels se règle directement entre votre prestataire et votre mutualité. Le tiers payant ne s'applique pas aux suppléments d'honoraires que demandent certains prestataires. En cas d'application du tiers payant, le montant que vous

avez effectivement payé (intervention personnelle et suppléments éventuels) est complété sur le reçu. Dans ce cas, le prestataire détache le reçu de l'ASD et vous le remet.

2. Le document justificatif

Le **document justificatif** contient des informations financières sur les soins prodigués et les prestations fournies. Il a pour objet de vous informer du coût des soins dispensés. Vous pouvez toujours demander un document justificatif. Et dans certains cas, la loi oblige le prestataire à vous en remettre un (voir les 2 situations citées ci-dessous). Ce document est gratuit même lorsqu'il est édité sur simple demande du patient (et que le prestataire n'est pas contraint par la loi d'en fournir un).

Ce document doit mentionner les prestations totalement ou partiellement remboursables par l'assurance maladie, ainsi que les prestations non remboursables. Ce document peut également être transmis par voie électronique.

Il existe deux situations dans lesquelles le prestataire est tenu de remettre un document justificatif :

1. Facturation simultanée de prestations remboursables et non remboursables

Vous recevez un document justificatif si votre prestataire effectue tant des prestations remboursables par l'assurance-maladie (mentionnées sur l'ASD) que des prestations non remboursables par l'assurance maladie (non mentionnées sur l'ASD).

Cela peut notamment être le cas chez le dentiste. Par exemple lorsqu'un assuré de 45 ans se rend chez son dentiste pour une obturation et une extraction. L'assurance maladie prévoit une intervention pour l'obturation mais aucune intervention pour l'extraction d'une dent entre le 18^e et le 53^e anniversaire. Dans ce type de situation, le dentiste doit remettre au patient un document justificatif.

2. Facturation électronique en tiers payant

En cas d'application du tiers payant, vous ne recevez pas d'ASD du médecin. Vous avez cependant droit à un document justificatif lorsque le prestataire facture à la mutualité via le circuit électronique ou en cas de facturation simultanée de prestations remboursables et non remboursables (cf. point 1)

Attention : Même si vous ne devez rien payer vous-même, un document justificatif doit être remis dans les situations reprises ci-dessus. Le coût d'une prestation ne comprend pas uniquement le coût à votre charge en tant que patient mais également le coût à charge de l'assurance maladie.

A retenir

- N'hésitez pas à aborder avec tout professionnel de la santé les conséquences financières d'une consultation. Faites-le avant le début du traitement afin d'éviter les surprises par la suite.
- Vous avez toujours droit à un reçu ou un document justificatif correctement complété. C'est gratuit.
- Si vous avez des questions sur le montant à payer au prestataire de soins, demandez-lui des explications afin de procéder au paiement en toute transparence.
- Si vous rencontrez des problèmes ou si avez des questions, contactez la MC.

Plus d'infos :

- www.mc.be/cout
- Auprès de votre conseiller mutualiste.

