
Que payez-vous pour une hospitalisation à l'AZ Groeninge ?

Explications quant à la facture adressée au patient

1 janvier 2012

Pour chaque patient, l'hospitalisation représente un évènement bouleversant. Mais, pour l'hôpital également, il n'est pas question de routine: nous ne sommes pas seulement responsables de vos soins médicaux mais prenons également en charge l'encadrement complet: des repas et du nettoyage de la chambre, à la communication d'informations transparentes quant à notre fonctionnement, en passant par un accompagnement social et psychologique.

Pas de surprises financières

Dans notre souci de transparence, nous vous fournissons ci-après un relevé des divers frais afférents à une hospitalisation à l'AZ Groeninge. Vous constaterez que le **choix de la chambre** exerce une influence majeure sur le montant final de la facture.

Lors de votre entrée en hospitalisation, vous devez indiquer votre choix en signant une **déclaration d'admission** officielle. Ce document légal reprend un certain nombre de rubriques pouvant être facturées. Dans le cadre d'une **hospitalisation de jour**, vous recevrez une déclaration d'admission simplifiée.

A la fin de votre séjour, vous retrouverez grosso modo ces mêmes rubriques dans votre facture d'hôpital, officiellement appelée l'«**extrait de la note d'hospitalisation**». Le format de ces deux documents est imposé par la législation.

Ci-dessous, nous survolerons les rubriques successives. Vous trouverez les tarifs correspondants dans l'annexe « Tarifs de l'AZ Groeninge ». Certains montants sont fixés par la loi, tandis que d'autres sont fixés par l'hôpital et les médecins. Prenez donc en considération que d'autres hôpitaux pourraient facturer des prix bien différents pour certaines prestations.

Conservez soigneusement ce document jusqu'à la réception de votre facture d'hôpital. Cette brochure répondra sans aucun doute à toutes les questions que vous vous posez.

Les différentes rubriques de la facture du patient

I. Frais de séjour

Quote-part personnelle légale dans le prix de la journée d'entretien

Le prix de la journée d'entretien est un montant forfaitaire qui couvre une part des frais liés au séjour et aux soins dispensés dans un hôpital. La mutualité s'acquitte de la majeure partie du prix de la journée d'entretien mais le patient en assume également une portion: la quote-part personnelle légale.

La quote-part personnelle varie en fonction de la durée de votre séjour et de votre statut (ayant-droit à l'intervention majorée, chômeur, ayant ou non des personnes à charge, etc.) mais n'est pas influencée par votre choix de chambre. Elle est déterminée par la législation et valable dans tous les hôpitaux de Belgique.

Les médicaments, les honoraires de médecins et les frais personnels tels les boissons ou le téléphone ne sont pas compris dans ce montant et sont facturés séparément.

Outre la quote-part personnelle légale, certains patients doivent également s'acquitter d'un forfait d'admission.

→ Vous trouverez les tarifs en vigueur dans notre liste des tarifs, au point I. (Quote-part personnelle légale dans le prix de la journée d'entretien)

Suppléments pour la chambre par jour

Lors de votre admission à l'hôpital, vous devez choisir le type de chambre dans lequel vous souhaitez séjourner : chambre commune, chambre à deux lits ou chambre à un lit. Selon le type de chambre choisi, vous devrez payer des frais supplémentaires y afférents. La qualité des prestations de services est cependant identique dans toutes les chambres.

→ Vous trouverez les tarifs en vigueur dans notre liste des tarifs, au point I. (Suppléments pour la chambre par jour)

Attention! Le choix de la chambre n'influe pas seulement sur les suppléments pour la chambre mais également sur les suppléments d'honoraires des médecins (voir III Honoraires).

Que faire si...

- vous bénéficiez, sans l'avoir demandé, d'une chambre plus onéreuse? Vous paierez le tarif de la chambre choisie moins chère.
- on vous attribue, sans que vous l'ayez demandé, une chambre moins onéreuse? Vous paierez le tarif de la chambre moins chère que l'on vous a attribuée.
- vous n'êtes pas en mesure de faire connaître votre choix? L'hôpital vous facturera le tarif d'une chambre commune jusque ce que vous soyez capable de choisir un type de chambre. Un tiers peut également le faire en votre nom.

Pas de suppléments pour la chambre

L'hôpital ne peut vous facturer de suppléments pour la chambre si vous séjournez dans une chambre à un lit:

- pour des raisons de santé ou parce qu'une chambre de ce type est indispensable à la conduite d'un examen spécifique ou à l'administration d'un traitement particulier ou encore parce qu'une surveillance exceptionnelle s'impose.
- dans une unité de soins intensifs ou dans le service des urgences et ce, en dehors de votre volonté.
- parce qu'aucune chambre commune ou à deux lits n'est disponible.

Jour d'admission et de départ

L'hôpital facture le jour d'admission et le jour de départ comme une seule journée, excepté si vous êtes hospitalisé avant 12h00 et partez après 14h00. Si cette double condition est remplie, les deux journées vous seront facturées.

Week-end à la maison

Si, au cours de votre hospitalisation, vous avez l'autorisation de retourner un week-end chez vous, l'hôpital ne peut vous facturer de journée d'hospitalisation ou de supplément pour la chambre pour les journées pendant lesquelles vous étiez absent. Votre lit reste réservé sans que vous n'ayez à déboursier de frais de réservation. Dans le cas où vous partez après 14h00 et où vous êtes à nouveau admis avant 12h00, ces deux journées vous seront de même facturées.

Forfait légal médicaments par jour

Chaque patient paie, par jour, un montant forfaitaire minime pour les médicaments remboursables, quelle que soit la quantité administrée. Le coût restant est complètement pris en charge par la mutualité.

Honoraires médicaux forfaitaires par journée d'hospitalisation

Sur la note d'hospitalisation, vous trouverez encore une rubrique complémentaire : « Honoraires médicaux forfaitaires par journée d'hospitalisation ». Il s'agit d'un forfait journalier pour la biologie clinique pour lequel vous ne devez cependant rien déboursier. La mutualité le prend complètement à sa charge.

II. Pharmacie

Produits (para-)pharmaceutiques

Les produits (para-)pharmaceutiques sont partiellement ou intégralement à votre charge, selon l'usage que vous en faites. Il s'agit par exemple des médicaments non-remboursables comme les analgésiques, les somnifères, etc.

Si vous avez reçu l'accord du médecin conseil de votre mutualité pour la prise de certains médicaments que vous preniez déjà à la maison, apportez cette attestation au moment de votre admission. Ainsi, vous conserverez, pendant toute la durée de votre hospitalisation, votre droit au remboursement de ces médicaments par la mutualité. Sans cette attestation ou une copie de celle-ci, nous serons dans l'obligation de vous facturer ces frais.

Les produits de la pharmacie hospitalière, mais qui ne sont pas des médicaments, sont également repris dans cette rubrique. Pour des raisons d'hygiène, ces produits ne sont, la plupart du temps, pas réutilisables. Vous les payez mais vous pouvez les emmener chez vous. Il s'agit par exemple de pommade pour les lèvres, de certains shampoings, de bas anti-phlébite, d'une botte de marche pour plâtre, etc.

Implants et prothèses, dispositifs médicaux non implantables

Un petit nombre d'implants sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie. Le produit en lui-même ne vous coûte donc rien, par exemple un pacemaker, une valvule cardiaque. Pour la plupart des implants et prothèses, vous recevrez certes un remboursement partiel de votre mutualité mais vous devrez également payer votre propre quote-part, par exemple pour une prothèse de hanche, un cathéter, des vaisseaux sanguins artificiels. Il existe enfin des implants et prothèses qui sont intégralement à charge du patient.

Sur votre facture d'hôpital, ces rubriques sont clairement scindées sous «Produits remboursables» et «Produits non remboursables».

En outre, l'hôpital est en droit de vous facturer une marge de délivrance de 10%, moyennant le respect de certains maxima déterminés.

Par dispositifs médicaux non implantables, on entend le matériel endoscopique et de viscérosynthèse. Le matériel endoscopique est celui qui permet d'effectuer une laparoscopie, par exemple des mini caméras. Le matériel de viscérosynthèse est un type de matériel de suture. Ces frais ne sont pas systématiquement remboursés par l'assurance maladie obligatoire.

Pour des informations plus détaillées quant au prix de ces produits, adressez-vous à l'hôpital.

III. Honoraires médicaux et paramédicaux

Honoraires forfaitaires par admission

Vous payez, par admission, un montant forfaitaire pour la biologie clinique (examens de laboratoire), l'imagerie médicale (radiologie), pour certaines prestations techniques spécifiques et pour le service de garde médical, même si ces prestations n'ont pas été fournies. Si vous avez droit à l'intervention majorée de votre mutualité, certaines de ces prestations ne vous coûteront rien ou, en tous les cas, moins cher.

→ Vous trouverez les tarifs en vigueur dans notre liste des tarifs, au point III. (Honoraires forfaitaires par admission)

Honoraires

* Quote-part personnelle légale dans les honoraires

Les honoraires constituent les rémunérations facturées par les médecins, dentistes, kinésithérapeutes, sages-femmes, logopèdes pour leurs prestations. Pour chaque intervention, il existe un **tarif de l'engagement**, qui est un montant de base fixe convenu par les médecins et les mutualités.

Certains honoraires sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie légale, d'autres ne le sont que partiellement et enfin, certaines prestations thérapeutiques et certains honoraires sont intégralement à la charge du patient.

Les tarifs en vigueur pour les honoraires de médecins et la quote-part personnelle à charge du patient sont fixés par la loi dans la «nomenclature des prestations de santé».

* Suppléments d'honoraires

Outre le tarif de base pour une prestation, chaque prestataire concerné peut vous demander un **supplément d'honoraires**. En général, un supplément s'exprime en pourcentage. Ainsi, un supplément de 100 % implique, qu'en plus du tarif de base, vous débourserez encore une fois un montant identique. La mutualité ne rembourse pas les suppléments d'honoraires. Vous pourrez cependant souvent bénéficier d'un remboursement via votre assurance hospitalisation, à condition de respecter certaines limites, par exemple 100%.

Exemple

Prestation	Montant facturé	Remboursement par la mutualité	Montant à votre charge
Tarif de l'engagement	€ 50	€ 40	€ 10
Supplément d'honoraires	100%, donc € 50	/	€ 50
Total	€ 100	€ 40	€ 60

Le fait qu'un médecin soit en droit de vous facturer ou non un supplément d'honoraires dépend:

- de son statut : conventionné, non-conventionné ou partiellement conventionné.
- du type de chambre que vous avez choisi lors de votre admission à l'hôpital.

Statut des prestataires

Un prestataire **conventionné** ne facture en principe que le tarif de l'engagement (code facture C). Un prestataire **non-conventionné** peut quant à lui déterminer librement ses honoraires (code facture NC).

Certains dispensateurs facturent le tarif de base pour des endroits, des jours et des heures spécifiques mais demandent un supplément d'honoraires en dehors de ces horaires. Ce sont les prestataires **partiellement conventionnés** (code facture PC).

Facturation des suppléments d'honoraires

Pour ce qui est des chambres communes et à deux lits, les prestataires (partiellement) conventionnés doivent s'en tenir au tarif de l'engagement. Par contre, pour ce qui est des chambres à un lit, ils peuvent facturer des suppléments d'honoraires (voir Exceptions).

D'un point de vue légal, les prestataires non-conventionnés sont en droit de facturer des suppléments d'honoraires pour tous les types de chambre mais à l'AZ Groeninge, le règlement interne ne leur permet de le faire que pour les chambres à un lit, comme c'est le cas pour les prestataires conventionnés (voir Exceptions). La liste des prestataires non-conventionnés travaillant à l'AZ Groeninge peut être consultée à l'accueil.

Exceptions

Pas de suppléments d'honoraires pour les chambres à un lit

Les prestataires, qu'ils soient ou non conventionnés, ne peuvent facturer de suppléments d'honoraires si vous séjournez dans une chambre à un lit:

- pour des raisons de santé ou parce qu'une chambre de ce type est indispensable à la conduite d'un examen spécifique ou à l'administration d'un traitement particulier ou encore parce qu'une surveillance exceptionnelle s'impose.
- dans une unité de soins intensifs ou dans le service des urgences et ce, en dehors de votre volonté.
- parce qu'aucune chambre commune ou à deux lits n'est disponible.

Suppléments d'honoraires à l'AZ Groeninge

L'AZ Groeninge facture un montant maximum de supplément d'honoraires équivalent à 100% et ce uniquement pour les chambres à un lit.

IV. Autres fournitures et frais divers

* Autres fournitures

On entend notamment par «autres fournitures» : le sang, le plasma sanguin, les dérivés du sang, le lait maternel, les bains désinfectants, les matières plâtrées, etc. A l'exception de certains types de plâtre, les frais afférents à ces produits sont pris en charge par la mutualité.

* Frais divers

Afin de rendre votre séjour en hôpital aussi agréable que possible, vous avez l'opportunité d'utiliser un certain nombre de services et produits complémentaires: téléphone, coiffeur, pédicure, articles de toilette, journaux, repas pour les visiteurs, rooming-in pour l'admission de l'enfant avec ses parents, etc. Vous ne payez que les services utilisés. Aucun remboursement n'est prévu par l'assurance maladie légale.

→ Vous trouverez les tarifs en vigueur dans notre liste des tarifs, au point IV. (Liste récapitulative des prix pour les produits pharmaceutiques courants et les frais divers)

Divers: transport entre les différents sites

L'AZ Groeninge compte quatre campus. Les activités médicales et infirmières sont rassemblées par spécialisation sur l'un de ces quatre sites. Toutefois, il peut s'avérer nécessaire, dans le cadre d'un examen ou d'un traitement spécifique, de vous transporter sur l'un des autres campus. Ce transport est entièrement gratuit.

Attention! Si vous devez, dans le cadre d'un examen ou d'un traitement, être transporté dans un autre hôpital et:

- que vous revenez le jour même à l'AZ Groeninge, vous ne devrez rien déboursier.

- que vous devez passer la nuit dans cet autre hôpital, les frais de transport seront à votre charge. Le montant que vous paierez en définitive dépend du service d'ambulance auquel vous avez fait appel et des interventions déterminées par votre mutualité.

Le règlement de votre facture d'hôpital

L'AZ Groeninge ne vous facture pas d'acomptes pour votre séjour, sauf en cas de montant élevé de frais de téléphone. Dans ce cas, vous devrez régler entretemps le montant de votre facture de téléphone afin de pouvoir continuer à l'utiliser. Lors de la facturation, ce montant sera alors considéré comme une avance.

Des avances sont cependant facturées aux patients non couverts par l'assurance maladie belge.

Vous retrouverez l'ensemble des montants à payer sur la facture («Extrait de la note d'hospitalisation») que vous recevrez normalement dans les six semaines qui suivent la fin de votre mois de sortie, pour autant que votre dossier de facturation soit complet.

La facture ne reprend pas uniquement votre quote-part personnelle dans les frais mais également l'intervention à charge de votre mutualité, à condition bien entendu que votre dossier de mutualité soit en ordre. Le montant déboursé par votre mutualité dans le cadre de votre hospitalisation est fourni à titre purement informatif. L'acquittement de ces frais est effectué directement entre l'hôpital et la mutualité. C'est ce que l'on appelle le système du «tiers payant».

Vous réglez la facture dans les trente jours suivant la date d'envoi par virement. Le formulaire de virement vous sera envoyé avec la lettre d'accompagnement.

N'oubliez pas que souvent, vous pouvez encore recevoir des indemnités complémentaires via votre assurance hospitalisation ou l'assurance complémentaire de votre mutualité. Dans le cadre de certaines assurances hospitalisation (par exemple Assurcard, DKV, Medi-assistance et Medilink), la facture du patient est directement réglée par la compagnie d'assurance.

Bien souvent, une assurance hospitalisation ne vous rembourse qu'une partie des frais. Dans le cas d'un accident de travail, l'assurance «accidents du travail» de votre employeur n'intervient pas toujours dans le remboursement de tous les frais. Tenez-en compte et informez-vous à l'avance.

Questions?

L'AZ Groeninge met tout en œuvre pour vous communiquer, avant, pendant et après votre hospitalisation, des informations détaillées couvrant également les aspects financiers, comme en témoigne cette brochure.

Si vous vous posez d'autres questions quant à votre facture ou si vous n'êtes pas d'accord avec certains des montants facturés, n'hésitez pas à contacter notre service comptabilité ou notre service débiteurs.

Service débiteurs
Tél.: 056 63 66 00

Mail: debiteuren@azgroeninge.be

Les informations susmentionnées sont valables au 1^{er} janvier 2012.

Editeur responsable : Jan Deleu, Pres. Kennedylaan 4, 8500 Courtrai

Asbl AZ Groeninge, siège : Pres. Kennedylaan 4, 8500 Courtrai

Tél.: 056 63 63 63 www.azgroeninge.be