

VOTRE HOSPITALISATION AU CHwapi

COMPRENDRE VOTRE FACTURE D'HOSPITALISATION

Juillet 2014



*Centre Hospitalier
de Wallonie picarde*



www.chwapi.be



Composé de quatre sites hospitaliers et d'une polyclinique, le CHwapi est l'une des plus importantes institutions hospitalières de Wallonie : avec plus de 2 300 collaborateurs, quelque 300 médecins, 24 500 admissions par an et un plan architectural d'envergure, il possède de nombreux atouts pour relever les défis visant le bien-être du patient et sa prise en charge optimale.

S'inscrivant dans des valeurs socle telles que l'ouverture, le pluralisme, la qualité et la personne, le CHwapi place le patient au centre de ses préoccupations. En vous soignant au CHwapi, vous avez la garantie, dans tous les cas, d'être pris en charge par des médecins et des paramédicaux respectant les termes prévus au sein de la convention médico-mutualiste. C'est un avantage important qui vous garantit une sécurité tarifaire¹.

Cette brochure a pour vocation de mieux vous aider à comprendre votre facture d'hospitalisation. Nous vous invitons donc à la reprendre chez vous et à la conserver précieusement. Elle vous sera en effet bien utile lorsque vous recevrez votre facture. Vous y trouverez les éléments relatifs aux **coûts liés à votre séjour**, un commentaire sur les différentes rubriques qui constituent les factures d'hôpital ainsi que les règles de tarification hospitalière. Attention, la législation change très régulièrement. **Ces informations sont donc livrées à titre indicatif.**

Le CHwapi pratique le tiers-payant. Cela signifie que, **si vous êtes en ordre d'assurabilité**, nous lui adresserons directement votre facture. Certains frais resteront cependant à votre charge, même si vous êtes en règle avec votre organisme assureur, comme par exemple les tickets modérateurs sur certains actes techniques, les médicaments et la partie du matériel non remboursés, les frais personnels, les suppléments en cas de chambre particulière, etc. Nous pratiquons également le tiers-payant avec certaines assurances complémentaires. Le service de Pré-admission ou d'Admission pourra vous informer à ce sujet.

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à contacter les services suivants du lundi au vendredi.

Admission site Dorcas : de 7h à 17h30

Tél : +32 (0)69 25 52 51

Admission site IMC : de 7h30 à 17h

Tél : +32 (0)69 88 54 65

Pré-admission site Notre-Dame : de 8h30 à 17h30

Tél : +32 (0)69 25 80 72-73

Admission site Union : de 7h à 17h30

Tél : +32 (0)69 33 10 04

¹ Cette mention est valable uniquement pour les professions et les spécialités reprises dans la convention médico-mutualiste et pour les actes pour lesquels une intervention est prévue par la nomenclature des soins de l'INAMI en cas d'hospitalisation en chambre commune ou à deux lits.

LA DÉCLARATION D'ADMISSION	5
L'ACOMPTE	5
LES ASSURANCES HOSPITALISATION	5
LES ACCIDENTS DE TRAVAIL	6
L'INTERVENTION D'UN CPAS	6
• Hospitalisation programmée	6
• Hospitalisation en urgence	6
LES SITUATIONS DANS LESQUELLES LA MUTUELLE N'INTERVIENT PAS	7
HOSPITALISATION PROGRAMMÉE POUR LES PATIENTS NON COUVERTS PAR LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE BELGE	7
VOTRE FACTURE	7
• Facture type	8
• Explication de la facture	10
1. Frais de séjour	11
1.1. Les frais de séjour en hospitalisation et en hospitalisation de jour	12
1.2. Les frais de séjour en hospitalisation de jour	13
1.3. Forfait hémodialyse - dialyse péritonéale	14
1.4. Rééducation fonctionnelle	14
2. Pharmacie - Frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques, Frais d'implants, prothèses, dispositifs médicaux non implantables ..	15
2.1. Produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques	15
2.1.1. Produits remboursables	15
2.1.2. Produits non remboursables	15
2.1.3. Produits parapharmaceutiques	15
2.2. Implants, prothèses et dispositifs médicaux non implantables	16
2.2.1. Produits remboursables	16
2.2.2. Produits non remboursables	16
3. Honoraires médicaux et paramédicaux	17
3.1. Honoraires forfaitaires par admission	17
3.2. Honoraires	17
3.2.1. Honoraires pour lesquels aucun montant n'est mis à charge du patient	17
3.2.2. Honoraires pour lesquels un montant est mis à charge du patient	17
3.2.3. Honoraires pour toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques non remboursées et honoraires entièrement à charge du patient	18
3.2.4. Intervention personnelle pour prestations techniques	18
4. Autres fournitures	18
5. Frais divers	18
6. Décompte	19
CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR	19
CONCLUSION	19



LA DÉCLARATION D'ADMISSION

Lors de son **admission** et de tout **changement de choix de chambre**, tout patient (ou son représentant) reçoit une déclaration d'admission. Il s'agit d'une obligation légale en vigueur dans tous les hôpitaux du royaume. Son objectif vise une meilleure information des coûts d'hospitalisation (frais de séjour, supplément de chambre, honoraires, frais pharmaceutiques, ...). Elle ne s'assimile cependant pas à un devis ou à une évaluation exhaustive de tous les frais auxquels le patient devra faire face, puisqu'ils ne sont pas tous prévisibles.

La déclaration d'admission comporte deux parties :

- 】 le choix de chambre et les conditions financières prévues par la loi et par l'hôpital ;
- 】 une synthèse officielle des dispositions reprises dans le document.

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

Vous pouvez également consulter le modèle de déclaration d'admission du CHwapi ainsi que son explication sur notre site web (www.chwapi.be), dans la rubrique **hospitalisation > Frais de séjour > Documents reçus lors de l'admission**.

L'ACOMPTE

Lors de votre admission, un acompte, qui sera déduit de la facture globale, vous sera demandé afin de couvrir les frais d'hospitalisation à votre charge. Cette provision est calculée en fonction de la catégorie de chambre souhaitée, de votre statut (assuré ordinaire, BIM, ...)² et de votre couverture par une éventuelle assurance hospitalisation complémentaire. Cet acompte est obligatoire et il doit être renouvelé chaque semaine.

LES ASSURANCES HOSPITALISATION

Si vous possédez une assurance hospitalisation, nous vous invitons à relire attentivement votre contrat ou à prendre contact avec votre courtier afin de vérifier les frais pour lesquels vous êtes couvert(e). Le CHwapi ne connaît pas le contrat que vous avez souscrit. Votre assurance hospitalisation est donc la seule compétente pour vous renseigner précisément sur les frais qu'elle prendra en charge.

La plupart des assurances prévoient une franchise ; elles limitent le remboursement des honoraires ainsi que du matériel à un plafond déterminé. Certains soins, interventions ou prises en charge dans des services spécifiques (Gériatrie, Psychiatrie et Réadaptation) ne sont pas souvent couverts.

Dans le cas d'une assurance hospitalisation avec Assurcard, Medi-Assistance, DKV ou Médi-Link, ou avec l'une de nos mutuelles partenaires Solidaris (Hospimut, Optio 100, Optio 150, Optio 200) et la Mutualité chrétienne (Hospi +, Hospi + 100, Hospi + 200), votre facture sera directement transmise à votre organisme assureur.

² Patients bénéficiaires de l'intervention majorée disposant de remboursements plus élevés.



LES ACCIDENTS DE TRAVAIL

Si vous êtes hospitalisé(e) à la suite d'un accident de travail, sachez que la compagnie d'assurance de votre employeur n'intervient que pour les frais liés à un séjour en chambre commune (tarif INAMI).

Elle ne couvre donc pas les suppléments de chambre et d'honoraires, ainsi que les frais de convenance personnelle (téléphone, repas accompagnant, ...). Seule votre assurance hospitalisation peut prendre ces coûts en charge de manière complémentaire. **Si vous optez pour une chambre particulière, vous devrez verser un acompte.**

Le matériel implantable (prothèses, matériel de synthèse, pacemakers, ...) est parfois onéreux. Dans la plupart des cas, il est remboursé, totalement ou en partie, par l'assurance. Discutez-en avec votre médecin et contactez l'assureur de votre employeur pour connaître le montant des coûts portés à votre charge.

L'INTERVENTION D'UN CPAS

› Hospitalisation programmée

Si vous émergez au CPAS, demandez-lui le document d'engagement de paiement (réquisitoire³) pour qu'il puisse payer directement à l'hôpital, la quote-part de la facture qui lui sera adressée. Vous devrez le présenter lors de votre admission.

Le CPAS n'intervient que pour les frais liés à un séjour en chambre commune. Il ne prend en charge aucun supplément ni aucun frais de convenance personnelle (téléphone, repas accompagnant, ...).

› Hospitalisation en urgence

En cas d'hospitalisation en urgence, contactez impérativement le service social du CHwapi qui se chargera des démarches auprès du CPAS.

- Site **Dorcas** : 069/25 51 34
- Site **IMC** : 069/88 50 03
- Site **Notre-Dame** : 069/25 80 97
- Site **Union** : 069/33 17 48
- **Coordinatrice Service social du CHwapi** : 069/88 50 76

³ Il s'agit d'un moyen de paiement octroyé par le CPAS qui vous permet d'obtenir des soins gratuitement.

LES SITUATIONS DANS LESQUELLES LA MUTUELLE N'INTERVIENT PAS

La grande majorité des actes médicaux et paramédicaux prestés au sein du CHwapi sont répertoriés dans la nomenclature des soins de l'INAMI. À ce titre, au CHwapi, ceux-ci sont facturés selon les tarifs prévus par la convention médico-mutuelliste. Vous bénéficiez donc de la prise en charge de ces frais par votre mutuelle dans les conditions prévues par cette convention. Ce n'est toutefois pas le cas pour certaines opérations, notamment pour celles qui concernent la chirurgie esthétique et/ou certains actes dentaires.

Pour ce type d'interventions, **tous les frais sont totalement à charge du patient** :

- › la chambre,
- › les honoraires des médecins (ils sont libres d'en fixer le montant, puisque ces actes ne sont pas référencés par l'INAMI),
- › les médicaments de toutes les catégories au prix plein,
- › le matériel.

Afin d'éviter tout désagrément, renseignez-vous préalablement sur ces coûts auprès de votre médecin. Votre mutuelle peut également vous informer.

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE POUR LES PATIENTS NON COUVERTS PAR LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE BELGE

Si vous êtes un ressortissant européen ou étranger, veuillez contacter le service assurabilité du CHwapi au 069/25 81 57 ou au 069/25 88 08.

VOTRE FACTURE

En tant qu'hôpital, le CHwapi est tenu d'envoyer aux patients, une facture qui respecte un modèle dont la mise en page et les rubriques sont fixées par la loi. Celle destinée au patient porte le nom officiel d'« extrait de la note d'hospitalisation destiné au bénéficiaire ». Il s'agit d'une synthèse de la facture plus détaillée que l'hôpital adresse à votre mutualité.

Dans les pages suivantes, vous trouverez un exemple de facture type reprenant différents cas de figure, suivi d'une explication des éléments principaux généralement présents sur une facture d'hospitalisation. Classées dans le même ordre numérique que cette dernière, ces informations vous permettront de mieux la comprendre.

Toutes les catégories du modèle ci-après ne se trouveront pas nécessairement sur votre facture puisque celle-ci sera adaptée à votre séjour et à vos besoins spécifiques.



Facture type

Extrait de la note d'hospitalisation
destiné au bénéficiaire

Date de la facture : .../.../.....

CHwapi
AVENUE DELMEE, 9
7500 TOURNAI
71053488000 - N° Entrepr. BE 0876.107.364
Tél. : 069/25.81.22

Note d'hospitalisation à la mutualité
No. de la mutualité :
No. de la facture :
Date de la facturation :

Identification du titulaire
NOM PRENOM

Date d'expédition : date poste faisant foi
Page : 01 -
Période d'hospitalisation :
Du .../.../..... A ... Heures
Au .../.../..... A ... Heures

NOM PRENOM
ADRESSE

Identification du patient
NOM PRENOM

No. d'inscription à la mutualité :

Vos réf. :
Nos réf. :

1. Frais de séjour	Nbre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient	
			Intervention personnelle	Supplément chambre
1.1 Frais de séjour hospitalisation et hospitalisation de jour Service Type de chambre Du Au Montant par admission CHAMBRE COMMUNE .../.../..... .../.../..... CHAMBRE PARTICULIERE .../.../..... .../.../.....				
Pour information : le montant total de votre séjour s'élève à : ... Euros. Une partie de ce montant est payée directement à votre hôpital : d'une part, via des acomptes mensuels, et d'autre part, via les montants par admission et par jour mentionnés ci-dessus. Votre intervention dans ces frais est de : ... Euro				
Forfait médicaments (1) Honoraires médicaux forfaitaires par journée d'hospitalisation (1)				
1.2 Frais de séjour hospitalisation de jour 1.2.1 Maxiforfait, forfaits hôpital de jour et douleur chronique Date : 1.2.2 Salle de plâtre Date : Du Au 1.3 Forfait hémodialyse - dialyse péritonéale .../.../..... .../.../..... 1.4 Rééducation fonctionnelle .../.../..... .../.../.....				(.....) (.....)
SOUS-TOTAL DES FRAIS DE SEJOUR				
2. Pharmacie – Frais pharmaceut. et parapharmaceut. Frais d'impl., proth., dispositifs méd.non-impl.	Code Inami	Quantité		Supplément ou autre montant (2)
2.1 Produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques Nom du produit : 2.1.1 Produits remboursables Nom du produit : 2.1.1.1 Montant totalement à charge de la mutualité 2.1.1.2 Partiellement à charge du patient Nom du produit : 2.1.2 Produits non remboursables Nom du produit : 2.1.3 Produits parapharmaceutiques Nom du produit : 2.2 Implants, prothèses et dispositifs médicaux non implantables Nom du produit : 2.2.1 Produits remboursables <i>Marge de délivrance (3)</i> Nom de la fourniture : 2.2.2 Produits non remboursables Nom du produit :				
SOUS-TOTAL : PHARMACIE - FRAIS PHARMACEUTIQUES ET PARAPHARMAC. - FRAIS D'IMPLANTS, DE PROTH., DE DISPOSITIFS MEDICAUX NON IMPLANTABLES				

Suite de l'extrait de la note d'hospitalisation Page 02-018992 No. de la facture :	Code Inami	Code Adhésion (4)	Code chambre (5)	A charge de la mutualité	A charge du patient	
					Intervention personnelle	Supplément ou autre montant
3. Honoraires médicaux et paramédic.						
3.1 Honoraires forfaitaires par admission (6) Forfait biologie clinique et honoraires forfaitaires biologie clinique Honoraires forfaitaires imagerie médicale et honoraires de consultation Honoraires service de garde médical en hôpital	.....			.....	.....	.....
3.2 Honoraires 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 selon la spécialité et/ou le type de dispensateur Nom du prestataire : .....	.....			.....	.....	.....
3.2.3 Honoraires pour toutes les prestations diagnostiques, thérapeutiques non remboursées, honoraires entièrement à charge du patient Nom du prestataire : Nom de la prestation : .....	.....			.....	.....	.....
3.2.4 Intervention personnelle pour prestations techniques : A.R.23-3-1982 (7)				-	+	
SOUS-TOTAL DES HONORAIRES :				.....	.....	.....
4. Autres fournitures			Quantité			
Nom fourniture : .....				.....	.....	.....
SOUS-TOTAL DES AUTRES FOURNITURES :				.....	.....	.....
5. Frais divers (les honoraires, les médicaments, les implants, les prothèses, dispositifs médicaux non implantables ne figurent jamais ici)	Code Inami		Quantité			
Nom du produit et/ou de la fourniture : .....	.....		.....			.....
SOUS-TOTAL DES FRAIS DIVERS						.....
Total facturé à votre mutualité :						EURO
A. Total des interventions personnelles facturées :						.....
B. Total des suppléments facturés :						.....
Total facture au patient : A + B						.....
Acompte :						.....
Solde à payer par le patient :						.....

VOIR LES CONDITIONS GENERALES DE FACTURATION AU VERSO DE LA PRESENTE

CODE IBAN : BE94199035504214 CODE BIC : CREGBEBB

- (1) Il s'agit de montants forfaitaires légaux à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.
- (2) Par 'supplément', on entend un montant qui est facturé au patient en sus de l'intervention personnelle fixée légalement, pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales, paramédicales, 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.
- (3) Par marge de délivrance, on entend une rétribution de délivrance au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise, délivre les implants et prothèses.
Ce montant est facturé sous 'autre montant'.
- (4) Si le dispensateur est conventionné (adhère à l'accord national ou à la Convention nationale) : code = c
Si le dispensateur n'est pas conventionné : code = nc
Si le dispensateur n'est conventionné que partiellement : code = pc
S'il n'y a pas d'accord ou de convention conclu(e) : ne pas introduire de code
- (5) Code chambre à un lit = p ; code chambre commune ou à deux lits = m
- (6) 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
- (7) 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.

Communication : toutes les prestations médicales (ou paramédicales) sont facturées par l'hôpital ; le patient ne peut recevoir d'autre facture que celle établie par l'hôpital. Exceptionnellement, des facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

› Explication de la facture

En haut du document apparaissent :

- **à gauche**

- la date de la facture,
- l'identification de l'hôpital qui l'a émise ainsi que ses coordonnées,
- le numéro de la mutualité,
- le numéro de la facture (en gras). Si vous avez des questions, ce numéro vous sera demandé lors de votre appel à la cellule patients (069/25 81 22),
- la date de facturation,
- l'identification du titulaire (en gras souligné),
- le numéro d'inscription à la mutualité (en gras souligné) qui figure sur vos vignettes de mutuelle ;

- **à droite**

- la date d'expédition,
- la date et l'heure de votre entrée et de votre sortie d'hospitalisation,
- vos coordonnées,
- le numéro de dossier qui vous a été attribué par notre Institution ainsi que le numéro spécifique affecté à votre hospitalisation (à côté de la mention « Nos références »).

Dans le tableau de la facture, vous trouverez notamment

- la colonne « A charge de la mutualité » qui concerne les montants que l'hôpital a directement facturés à votre mutualité ;
- la colonne « A charge du patient »⁴ qui se compose de 2 sous-colonnes :
 - « Intervention personnelle » : elle désigne les montants à votre charge appelés « tickets modérateurs ». Un ticket modérateur est la différence entre le prix total d'une prestation et le montant de son remboursement par votre mutualité ;
 - « Supplément ou autre montant » : elle reprend également les coûts qui sont à votre charge. Il s'agit, pour les suppléments, de sommes qui vous sont facturées en plus de l'intervention personnelle fixée légalement (rubrique 3). Les autres montants concernent des fournitures ou des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutualité n'est prévue, et qui sont donc entièrement à votre charge.

Elle comporte également 5 rubriques numérotées :

- ① Frais de séjour
- ② Pharmacie - Frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques - Frais d'implants, de prothèses et de dispositifs médicaux non implantables
- ③ Honoraires médicaux et paramédicaux
- ④ Autres fournitures
- ⑤ Frais divers

Vous trouverez ci-après, une explication précise de chacune de ces rubriques.

⁴ Dans la rubrique « Frais de séjour », la dernière colonne est intitulée « Supplément de chambre » et non « Supplément ou autre montant », car seuls les éventuels frais de séjour en chambre particulière sont facturés en supplément dans cette partie.

1. Frais de séjour

Le choix de la chambre

Chambre commune ou à deux lits

Si vous choisissez une chambre commune ou à deux lits, une grande partie des frais liés à votre hospitalisation seront facturés directement à votre mutuelle pour autant que vous soyez en ordre d'assurabilité. Au CHwapi, lors d'une hospitalisation en chambre commune ou à deux lits, aucun supplément de chambre et d'honoraire ne vous sera réclamé. Cependant, certains coûts demeureront à votre charge :

- les médicaments non remboursés,
- les tickets modérateurs sur certains actes techniques (radiologie, analyses de laboratoire, ...),
- la partie non remboursable du matériel,
- vos dépenses personnelles (téléphone, frais liés à l'accompagnant, produits d'hygiène, ...),
- etc.

Chambre particulière

Si vous optez pour une chambre particulière, outre les frais mentionnés ci-dessus, un supplément par jour pour la chambre⁵ et des suppléments sur les honoraires médicaux⁶ vous incomberont. N'hésitez pas à interroger, avant l'hospitalisation, votre médecin spécialiste sur ces suppléments et référez-vous au document légal de déclaration d'admission reçu lors de votre arrivée ou de votre passage au service Pré-admission.

En cas d'accident de travail, les suppléments de chambre et d'honoraires seront à votre charge à moins que vous ne disposiez d'une assurance couvrant ces frais.

Pour prévenir tout désagrément, nous vous invitons à prendre contact avec votre assurance hospitalisation. Vous pourrez ainsi vérifier les frais pour lesquels vous êtes couvert(e). Le CHwapi ne connaît pas le contrat que vous avez souscrit. Votre assurance hospitalisation est donc la seule compétente pour vous renseigner précisément sur les frais qu'elle remboursera.

La chambre particulière vous sera délivrée dès réception de votre acompte.

Vous ne devrez payer des suppléments de chambre que si vous demandez expressément une chambre particulière. Vous ne devrez supporter aucun surcoût si vous séjournez en chambre particulière dans les situations suivantes :

- votre état de santé, les conditions techniques d'examen, de traitement ou de surveillance requièrent un séjour en chambre particulière ;
- le service le nécessite, ou aucune chambre commune n'est disponible ;
- votre admission a eu lieu dans une unité de Soins intensifs ou aux Urgences, indépendamment de votre volonté et pour la durée du séjour dans cette unité ;
- l'admission concerne un enfant accompagné d'un parent pendant son séjour à l'hôpital.

Le supplément de chambre

En plus de la quote-part personnelle journalière, vous aurez à payer un supplément de chambre si vous avez opté pour une chambre particulière. Ce montant est repris dans la dernière colonne appelée « Supplément chambre » de la première rubrique de la facture. Au CHwapi, le supplément hôtelier pour une chambre particulière est fixé à 50€ par jour. Un acompte pourra vous être demandé.

⁵ Supplément de chambre : montant demandé par l'hôpital en plus du prix fixé par le Ministère de la Santé Publique, variable selon le confort de la chambre.

⁶ Supplément sur les honoraires médicaux : supplément d'honoraire fixé par le médecin pour ses prestations.

1.1. Les frais de séjour en hospitalisation et en hospitalisation de jour

Hospitalisation classique

La mutualité paie à l'hôpital une certaine somme pour chaque jour d'hospitalisation. Elle lui est versée sous forme d'acomptes mensuels et elle n'apparaît donc pas sur la facture d'hospitalisation. Elle représente environ 80% du montant total versé à l'hôpital. Les 20% restants sont facturés sous la forme d'un montant par admission et d'un montant par jour qui figurent, quant à eux, sur la facture d'hospitalisation. Ces montants constituent un forfait qui couvre l'ensemble des frais de séjour et de soins, y compris les soins infirmiers, à l'exception des médicaments, des implants, des prothèses ainsi que des honoraires des médecins et des autres prestataires paramédicaux.

Une participation personnelle quotidienne, appelée « Quote-part personnelle par jour » vous sera facturée indépendamment du fait que vous ayez choisi une chambre particulière ou commune. Celle-ci varie en fonction de votre statut (cfr tableau repris dans la déclaration d'admission).

Afin d'éviter de vous donner l'impression que les montants qui vous sont facturés sont importants par rapport à ceux pris en charge par la mutualité, vous trouverez, dans cette rubrique, le prix total du séjour mentionné en gras « **Pour information ; le montant total de votre séjour s'élève à Euro. Une partie de ce montant est payée directement à votre hôpital, d'une part, par des acomptes mensuels, et d'autre part, via les montants par admission et par jour mentionnés ci-dessus. Votre intervention dans ces frais est de : Euro** ».

Hospitalisation de jour

De plus en plus d'interventions et d'examens sont aujourd'hui réalisés en hospitalisation de jour. Vous entrez le matin à l'hôpital pour en ressortir le soir même, ou quelques heures plus tard. Ces séjours sont appelés hospitalisations de jour.

Il existe 2 types de facturation pour ce cas précis : l'hôpital chirurgical de jour et l'hôpital de jour. Les montants liés à l'hôpital chirurgical de jour se trouvent dans cette partie, tandis que ceux liés à l'hôpital de jour figurent dans la rubrique 1.2. Quelque 250 interventions réalisées en Hôpital chirurgical de jour sont entièrement prises en charge par votre mutuelle.

Le forfait médicaments

Un forfait pour les médicaments vous sera également facturé par jour d'hospitalisation, même si vous n'en avez reçu aucun. Il s'agit d'un montant forfaitaire de 0,62€ facturé par jour d'hospitalisation (voir p. 15, rubrique 2.1.1.). Pour les médicaments non remboursables, chaque patient paie ce qu'il consomme.

Les honoraires médicaux forfaitaires par journée d'hospitalisation

Il s'agit de montants forfaitaires facturés pour la biologie clinique. Ces montants sont intégralement à charge de votre mutualité.

En résumé, pour l'hospitalisation classique et l'hospitalisation de jour chirurgicale :

	Intervention personnelle	Majoration forfaitaire pour le 1 ^{er} jour	Supplément de chambre	Forfait pour les médicaments
Chambre commune	oui	oui ⁷	non	oui
Chambre particulière	oui	oui ⁷	oui	oui

⁷ Sauf exceptions prévues par la loi.

1.2. Les frais de séjour en hospitalisation de jour



Montant par admission, montant par jour ou forfait one day

Il existe 2 types de facturation pour l'hospitalisation de jour : l'hôpital chirurgical de jour et l'hôpital de jour. Cette rubrique regroupe uniquement les montants liés à l'hôpital de jour. Certaines interventions et examens réalisés en hôpital de jour mais qui ne sont pas repris dans la liste des 250 interventions d'hôpital chirurgical de jour, donnent droit à un forfait. Ce dernier dépend de la nature et/ou de l'importance de la prestation. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de quote-part personnelle à votre charge sur les frais de séjour. Les montants se trouveront dans les rubriques 1.2., 1.2.1., et 1.2.2.

Le supplément de chambre

Si vous avez opté pour une chambre particulière, un supplément de chambre vous sera facturé tout comme en hospitalisation classique. Dans ce cas, un acompte pourra vous être demandé.

Le forfait médicaments

Si vous êtes admis à l'Hôpital de jour, vous n'aurez pas à supporter de forfait pour les médicaments. Il y aura uniquement un ticket modérateur à payer sur les médicaments remboursables, comme à la pharmacie.

Les honoraires médicaux forfaitaires

Aucun honoraire médical forfaitaire par journée ne vous sera facturé en hospitalisation de jour.

En résumé, pour l'hospitalisation de jour :

	Intervention personnelle	Supplément de chambre	Forfait pour les médicaments
Chambre commune	non	non	non
Chambre particulière	non	oui ⁸	non

⁸ Sauf exceptions prévues par la loi.

1.3. Forfait hémodialyse - dialyse péritonéale

Vous trouverez, dans cette rubrique, les montants facturés dans le cadre d'une hémodialyse ou d'une dialyse péritonéale à domicile.

1.4. Rééducation fonctionnelle

Cette partie concerne les montants facturés dans le cadre de l'application de conventions que le CHwapi a passées auprès de l'INAMI pour des disciplines telles que l'éducation du patient diabétique, l'oxygénothérapie, ...



2. Pharmacie - Frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques - Frais d'implants, de prothèses et de dispositifs médicaux non implantables

2.1. Produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques

En Belgique, les médicaments sont répartis en plusieurs catégories de remboursement. Certains médicaments vitaux (catégorie A) sont entièrement remboursés par les mutuelles. Pour d'autres (catégories B et C par ex.), une quote-part est demandée aux patients. Pour ceux moins vitaux (catégorie D), la totalité du montant est à charge du patient.

2.1.1. Produits remboursables

Votre facture détaille les produits qui sont entièrement pris en charge par votre mutualité (rubrique 2.1.1.1) et ceux qui sont partiellement à votre charge (rubrique 2.1.1.2).

Lors d'une admission à l'hôpital, vous ne payez pas de ticket modérateur par médicament remboursable administré, mais un montant forfaitaire de 0,62€ par jour, peu importe la quantité, le nombre et les prix des médicaments remboursables qui vous sont administrés. Ce forfait est repris sur la facture sous la rubrique « Frais de séjour ».

Lors d'une admission à l'Hôpital de jour, les médicaments sont facturés en fonction de votre consommation. Votre quote-part personnelle dépend de la catégorie dans laquelle est classé le médicament.

2.1.2. Produits non remboursables

Vous trouverez sur la facture la liste des médicaments non remboursables qui vous ont été administrés durant votre séjour. Cette rubrique reprend les médicaments qui ne sont pas du tout pris en charge par votre mutualité, c'est-à-dire ceux de catégorie D. Elle comporte également les médicaments étrangers importés en Belgique qui n'ont pas encore été enregistrés dans ce pays et ceux qui ont été administrés pour une autre indication que celle pour laquelle le remboursement est prévu.

2.1.3. Produits parapharmaceutiques

Cette partie reprend le détail des produits parapharmaceutiques dont vous avez bénéficié. Il s'agit de produits délivrés par la pharmacie mais qui ne constituent pas vraiment des médicaments (ex : une crème hydratante, un thermomètre digital, etc.).

2.2. Implants, prothèses et dispositifs médicaux non implantables

2.2.1. Produits remboursables

Vous trouverez, dans cette rubrique, les implants (lentilles oculaires, stimulateurs cardiaques, prothèses, vis et clous, plaques, etc.) ainsi que le coût du matériel utilisé lors de votre intervention.

Pour les implants remboursables, vous payerez la différence entre le prix auquel l'hôpital a acheté l'implant et le prix remboursé par la mutuelle. En plus de cette quote-part, vous payerez un montant plafonné, appelé « Marge de délivrance », qui s'élève à 10% du prix de l'implant TVA comprise. Le prix du plafond varie chaque année (environ 150€ en 2014). Cette marge de délivrance couvre le travail de la pharmacie hospitalière qui stocke, stérilise et délivre l'implant.

2.2.2. Produits non remboursables

Il s'agit de produits qui ne sont pas remboursés par votre mutualité et qui sont donc totalement à votre charge.

Les implants peuvent être remboursés intégralement, partiellement ou pas du tout par votre mutualité et/ou assurance complémentaire. Cela varie fortement d'une intervention à l'autre et d'un matériel à l'autre. Assurez-vous auprès du médecin du type d'implant que vous allez recevoir. Il est votre interlocuteur pour tout renseignement à ce sujet. Nous vous invitons également à prendre contact avec votre mutualité et votre assurance afin de vous informer au sujet de leurs interventions respectives en fonction du type d'implant qui vous concerne.



3. Honoraires médicaux et paramédicaux

Dans la colonne « code INAMI », vous trouverez, pour tous les honoraires remboursés, le code officiel de l'honoraire délivré par l'INAMI.

3.1. Honoraires forfaitaires par admission

Fixés par l'INAMI, les honoraires forfaitaires sont facturés une seule fois sur le séjour, quels que soient la raison de votre hospitalisation ainsi que le type de chambre, et que vous bénéficiiez ou non des prestations. Les patients BIM jouissent d'un tarif préférentiel.

L'hôpital porte en compte des honoraires forfaitaires pour la biologie clinique, l'imagerie médicale et le service de garde médicale. Ils vous seront facturés même si vous n'avez bénéficié d'aucune prestation de ce type. Ces forfaits servent à rémunérer l'hôpital pour l'organisation d'un service de laboratoire, d'imagerie médicale et de garde, tous disponibles 24h sur 24. Une quote-part personnelle vous sera facturée sur ces honoraires.

3.2. Honoraires

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

La totalité de ces honoraires est prise en charge par votre mutualité. Afin de raccourcir votre facture, ils ne sont pas tous détaillés. Seul le montant total facturé y est inscrit.

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

Cette rubrique comporte les honoraires des médecins, sages-femmes, dentistes et paramédicaux qui vous ont dispensé des soins durant votre séjour. Les frais sont repris par prestataire et par spécialité. Dans la colonne « Intervention personnelle », vous trouverez votre quote-part. Si vous avez choisi une chambre particulière, un supplément vous sera facturé. Comme précisé dans la déclaration d'admission que vous avez signée, les suppléments d'honoraires en chambre particulière au CHwapi sont plafonnés à un taux maximal de 200% des honoraires de base. Pour tout complément d'information relatif aux suppléments d'honoraires, référez-vous à la déclaration d'admission que vous avez signée lors de votre admission et dont un modèle est également disponible sur notre site web (www.chwapi.be), dans la rubrique **hospitalisation > Frais de séjour > Documents reçus lors de l'admission**.

Le Code Adhésion indique si le prestataire est conventionné (« C ») ou non conventionné (« NC »). Tous les prestataires du CHwapi s'engagent à appliquer les tarifs prévus dans la convention médico-mutualiste. En vous soignant au CHwapi, la sécurité tarifaire vous est garantie à ce niveau⁹.

La colonne « Code Chambre » spécifie la catégorie de chambre facturée : « M » pour commune ou « P » pour particulière/individuelle.

Dans le tableau ci-après, nous attirons votre attention sur l'impact que peut représenter le choix d'une chambre particulière sur le montant des honoraires qui seront mis à votre charge.

⁹ Cette mention est valable uniquement pour les professions et les spécialités reprises dans la convention médico-mutualiste et pour les actes pour lesquels une intervention est prévue par la nomenclature des soins de l'INAMI en cas d'hospitalisation en chambre commune ou à deux lits.

	Prestation	Montant à charge de la mutualité (A)	Quote-part patient à charge du patient (B)	Supplément à charge du patient (C)	Montant total à charge du patient (B+C)
Exemple 1 : prestation d'une valeur de 100 €	Chambre commune	80 €	20 €	0 €	20 €
	Chambre particulière	80 €	20 €	200 €	220 €
Exemple 2 : prestation d'une valeur de 250 €	Chambre commune	250 €	0 €	0 €	0 €
	Chambre particulière	250 €	0 €	500 €	500 €

- Colonne A = partie du coût de la prestation prise en charge par la mutualité.
- Colonne B = partie du coût de la prestation qui demeure à charge du patient.
- Colonne C = supplément. **Attention le calcul du supplément se fait sur la valeur totale de la prestation, c'est-à-dire sur le montant A + le montant B.** Ce supplément est à payer par le patient en sus de la quote-part patient définie par l'INAMI. L'intervention de la mutuelle peut varier d'un type de prestation à l'autre.

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

Il s'agit de prestations pour lesquelles aucune intervention n'est prévue par la nomenclature de soins de l'INAMI. À ce titre, il s'agit d'honoraires totalement à votre charge, qui ne sont pas remboursés par la mutualité.

3.2.4. Intervention personnelle pour prestations techniques

Un montant légal forfaitaire de 16,40€ est facturé à tous les patients à chaque admission, à l'exception de ceux qui bénéficient de l'intervention majorée¹⁰.

4. Autres fournitures

Cette rubrique de la facture reprend les fournitures totalement à charge de la mutuelle, telles que les produits sanguins, etc.

5. Frais divers

Sous cette rubrique sont facturés :

- › des prestations absentes de la nomenclature des soins de l'INAMI. À ce titre, elle ne sont pas remboursées par la mutuelle,
- › des produits et des services non médicaux demandés par le patient (ex : communications téléphoniques, produits d'hygiène, coiffure, pédicure, bouteilles d'eau réclamées en dehors des repas et de tout examen médical qui nécessite l'ingestion d'eau, etc.). Vous recevrez la liste des produits et des services qui sont à votre disposition ainsi que leur prix au service Admission lors de votre pré-admission et de votre admission. Si vous ne l'avez pas reçue (par ex. entrée en urgence), n'hésitez pas à la demander.

¹⁰ Les bénéficiaires de l'intervention majorée sont les patients sous statut BIM.

6. Décompte

Le cadre à la dernière page de la facture comporte :

- › le montant total facturé à votre mutualité,
- › le total des quote-parts personnelles à votre charge (rubrique A),
- › le total des suppléments à votre charge si vous avez opté pour une chambre seule (rubrique B),
- › le total général à votre charge (A + B),
- › la déduction de l'acompte si vous en avez versé un.

Au verso de la facture, vous trouverez les conditions financières du CHwapi qui fixent les modalités de paiement des factures.

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

1. La pré-admission et l'admission sont des moments privilégiés pour prendre connaissance des conditions financières liées à votre hospitalisation. N'hésitez pas à poser vos questions à la personne qui vous remet les documents. Durant votre séjour, vous pouvez également vous adresser à l'admission pour tout renseignement.
2. Informez-vous auprès de votre mutuelle sur votre statut d'assurabilité : êtes-vous en ordre de cotisation, bénéficiez-vous d'un statut particulier, ... ?
3. Si vous avez souscrit une assurance hospitalisation, renseignez-vous sur les conditions d'intervention auprès de votre organisme assureur. Soyez attentif(ve) aux exclusions pour certains types de services.

CONCLUSION

Nous espérons que cette brochure vous aidera à comprendre les coûts liés à votre hospitalisation.

La facture détaillée de votre séjour hospitalier vous sera envoyée à votre domicile. Si vous pensez que vous éprouverez des difficultés à l'honorer, n'hésitez pas à contacter d'ores et déjà la cellule patients (069/25 81 22) afin qu'elle puisse trouver, avec vous, la meilleure solution à votre problème. Conservez précieusement cette brochure afin de pouvoir la consulter lorsque vous recevrez votre facture. Si des questions subsistent après la lecture de ce livret, vous pouvez également téléphoner à la cellule patients qui se fera un plaisir d'y répondre.

Nous vous souhaitons un prompt rétablissement.

Le Département Financier du CHwapi



Centre Hospitalier de Wallonie picarde - CHwapi - association sans but lucratif

Siège social : 9, avenue Delmée - 7500 Tournai • Tél : 069/25 81 11 • Fax : 069/25 80 15

Dorcas • 1, bld du Roi Albert - 7500 Tournai
Tél : 069/25 51 11 • Fax : 069/33 10 70

IMC • 80, ch. de Saint-Amand - 7500 Tournai
Tél : 069/88 51 11 • Fax : 069/22 77 05

Notre-Dame • 9, av. Delmée - 7500 Tournai
Tél : 069/25 81 11 • Fax : 069/25 80 15

Union • 39, bld Lalaing - 7500 Tournai
Tél : 069/33 11 11 • Fax : 069/33 10 70

Centre de Consultations de Péruwelz • 11, rue de Sondeville - 7600 Péruwelz
Tél : 069/77 92 11 • Fax : 069/77 92 24



DORCAS • IMC • NOTRE-DAME • UNION • CENTRE DE CONSULTATIONS DE PÉRUWELZ

Rédaction et réalisation : Départements Communication et Financier CHwapi

Photos : CHwapi, Isabelle VAN GULIK

