

Guide hospitalisation



**MUTUALITÉ SOCIALISTE
DU BRABANT**

L'accès à la santé pour tous !

GUIDE HOSPITALISATION

Guide d'information édité par la Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant

Éditeur responsable : Michel Michiels

Rédaction : service Infocom

Crédit photos : Shutterstock

Conception et mise en page: service Infocom

Tirage: 60.000 exemplaires

Édition : mars 2017

Contact rédaction : infocom@fmsb.be

Ce guide n'a qu'une valeur informative. Seuls les statuts déterminent les droits et obligations de la mutualité et de ses membres.

Ce guide vous propose une série d'informations utiles en cas d'hospitalisation. Nous vous y expliquons notamment comment éviter les mauvaises surprises financières, quels sont vos droits en tant que patient et quelles sont les choses qu'il ne faut pas oublier d'emporter avec soi. Nous vous donnons également des informations concernant les services et avantages offerts par notre mutualité.

- Page ①
Introduction
- Page ②
Avant votre hospitalisation
- Page ⑤
Le transport vers l'hôpital
- Page ⑦
A l'hôpital
- Page ⑩
De retour à la maison
- Page ⑯
Hospimut, nos assurances hospitalisation



AVANT VOTRE HOSPITALISATION

QUE DEVEZ-VOUS EMPORTER ?

Au niveau administratif

- Votre carte d'identité électronique ou carte ISi+.
- L'adresse et le numéro de téléphone d'une personne de contact joignable pendant votre hospitalisation.
- Le nom de votre médecin traitant.
- S'il s'agit d'un accident de travail : nom et adresse de votre employeur, dénomination et adresse de votre compagnie d'assurances, numéros de police et de dossier.

Vous avez souscrit une assurance hospitalisation **Hospimut (Plus) et/ou ICH** ? N'oubliez pas votre déclaration d'hospitalisation. Vous pouvez la télécharger sur notre site www.fmsb.be

Au niveau médical

- La lettre du médecin traitant reprenant le motif de l'hospitalisation.
- Les rapports médicaux et radiographies pouvant être importants pour le traitement.
- Vos cartes de groupe sanguin et vaccination.
- Les médicaments que vous prenez régulièrement.
- Les instructions éventuelles de votre médecin concernant les allergies à certains médicaments ou aliments.
- Un historique des interventions et affections antérieures.

Au niveau personnel

Le nécessaire de toilette, pyjamas ou robes de nuit, peignoir, pantoufles, etc. L'hôpital peut vous fournir le linge de toilette mais cela vous sera bien entendu facturé. Vous pouvez bien sûr emporter vos propres serviettes et gants de toilette à l'hôpital. L'institution ne peut pas toujours être tenue responsable de la disparition d'objets de valeur. Il est donc préférable d'éviter d'en emmener avec vous.

L'ACOMPTE

La plupart des hôpitaux réclament un acompte lors de l'admission et, éventuellement, au début de chaque semaine. Les montants payés sont ensuite déduits de la facture finale. Cet acompte hebdomadaire est limité par des plafonds légaux.

Pour une chambre à deux lits ou plus, ce plafond est de 150 € par semaine pour les assurés ordinaires et de 75 € pour les enfants à charge. Pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée ainsi que leurs personnes à charge, le plafond a été fixé à 50 € par semaine. Pour une chambre à un lit, ces plafonds sont majorés de maximum 7 fois le supplément quotidien lié à la chambre choisie.

L'hôpital a toujours le droit de vous réclamer un acompte mais ne peut jamais vous refuser l'accès si vous n'êtes pas en mesure de payer l'acompte.



QUE FAIRE EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL ?

C'est votre statut qui détermine quels documents vous devez envoyer, le moment de leur envoi ainsi que leurs destinataires. Toutefois, les règles relatives aux documents destinés à la mutualité sont les mêmes pour tous !

- Le document destiné à la mutualité doit être complété, daté et signé et mentionner le diagnostic relatif à votre incapacité de travail. Le médecin doit obligatoirement mentionner la date de fin de l'incapacité sur le certificat d'incapacité de travail.
- Vous devez toujours nous fournir le document original.
- Envoyez-le par la poste (la date de la poste faisant foi) ou déposez-le, contre accusé de réception, dans une de nos agences.

En cas d'hospitalisation, les délais d'introduction du document à nous fournir sont prolongés jusqu'au 2^e jour ouvrable qui suit la fin de la période d'hospitalisation.



Attention ! C'est à vous qu'incombe la preuve de la remise ou de l'envoi du document. En cas de remise tardive, une sanction de 10 % est appliquée. Les indemnités ne peuvent être octroyées entièrement qu'à partir du premier jour ouvrable suivant la remise du document. Si vous ne respectez pas les différentes dispositions, vous risquez de vous voir refuser (ou retarder) le versement de vos indemnités de maladie.



Quand ?

Employé : au plus tard le 28^e jour à compter du début de l'incapacité de travail.

Ouvrier : au plus tard le 14^e jour à compter du début de l'incapacité de travail.

Travailleur intérimaire : nous vous conseillons de l'envoyer au plus tard le 2^e jour à compter du début de l'incapacité de travail.

- A chaque prolongation de votre incapacité de travail, vous devez envoyer un nouveau certificat d'incapacité de travail original dans les 48 heures qui suivent la date de fin indiquée sur le certificat précédent. Ce certificat devra également reprendre le diagnostic et la date de début et de fin de la prolongation de l'incapacité. Attention ! Si ce délai est dépassé, vos indemnités seront diminuées de 10%. La remise d'un certificat de prolongation complété par votre médecin traitant est uniquement nécessaire durant la première année d'incapacité de travail.

Astuce : en l'absence de salaire garanti par l'employeur, nous devons être en possession du certificat d'incapacité de travail dans les 2 jours à compter du début de l'incapacité de travail.

- Si une hospitalisation est programmée ou si vous êtes dans l'incapacité de vous déplacer pour un contrôle médical, il est préférable de le signaler et de préciser la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation. Vous éviterez ainsi d'être convoqué inutilement par le médecin-conseil de la mutualité.

- Si l'incapacité de travail survient lors d'un séjour à l'étranger, vous devez immédiatement prendre contact avec votre mutualité.

Formalités à accomplir par les travailleurs salariés (ouvriers et employés)

- Envoyez un certificat médical à votre employeur (de préférence par recommandé) ou déposez-le à l'entreprise contre un accusé de réception.

Quand ?

Dans un délai de deux jours ouvrables à compter du jour de l'incapacité de travail, à moins que la convention collective de travail ou le règlement de travail ne fixe un autre délai*.

- Prévenez le médecin-conseil de la mutualité via un certificat médical ou via le certificat d'incapacité de travail.

Formalités à accomplir par les chômeurs

- Inscrivez la lettre « M » de « maladie » sur votre carte de pointage pour tous les jours d'incapacité.
- Prévenez le médecin-conseil de la mutualité via un certificat médical, via le certificat d'incapacité de travail ou via une notification d'inaptitude au travail délivrée par le bureau régional de l'Office national de l'emploi (ONEM).



Quand ?

Au plus tard le 2^e jour qui suit le début de votre incapacité de travail*.

- A chaque prolongation de votre incapacité de travail, vous devez envoyer un nouveau certificat d'incapacité de travail original dans les 48 heures qui suivent la date de fin indiquée sur le certificat précédent. Ce certificat devra également reprendre le diagnostic et la date de début et de fin de la prolongation de l'incapacité. Attention ! Si ce délai est dépassé, vos indemnités seront diminuées de 10%. La remise d'un certificat de prolongation complété par votre médecin traitant est uniquement nécessaire durant la première année d'incapacité de travail.

Formalités à accomplir par les indépendants

- Une période d'incapacité de travail ne peut prendre cours que si le titulaire a fait constater son état d'incapacité de travail.
- Prévenez le médecin-conseil de la mutualité via un certificat médical ou via le certificat d'incapacité de travail.

Quand ?

Dans un délai de 28 jours. Ce délai prend cours le jour de votre incapacité de travail*.

- A chaque prolongation de votre incapacité de travail, vous devez envoyer un nouveau certificat d'incapacité de travail original dans les 48 heures qui suivent la date de fin indiquée sur le certificat précédent. Ce certificat devra également reprendre le

diagnostic et la date de début et de fin de la prolongation de l'incapacité. Attention ! Si ce délai est dépassé, vos indemnités seront diminuées de 10%. La remise d'un certificat de prolongation complété par votre médecin traitant est uniquement nécessaire durant la première année d'incapacité de travail.

Formalités à accomplir par les fonctionnaires (statutaires)

- Prévenez Medex, l'Administration de l'expertise médicale, ou la compagnie d'assurances désignée par votre employeur via le certificat ad hoc qui vous aura été fourni et qui doit être complété par votre médecin traitant. Ce certificat doit être complété, daté et signé et mentionner le diagnostic relatif à votre incapacité de travail.

Quand ?

Dès le début de votre incapacité de travail*.

Vous ne vous en sortez pas avec les différentes formalités administratives inhérentes à une admission à l'hôpital ? Vous avez besoin de conseils et de soutien ? Prenez contact avec notre Centre d'Aide aux Personnes (CAP) - Service social au numéro **02 546 15 12**. Plus d'infos sur <https://www.fmsb.be/service-social>

* En cas d'hospitalisation, les délais d'introduction du certificat médical sont prolongés jusqu'au 2^e jour qui suit la fin de la période d'hospitalisation.

PRÉVOYEZ VOS SOINS À DOMICILE !

Le gouvernement souhaite accélérer le retour à la maison après une hospitalisation. Afin que tout se passe dans les meilleures conditions, il est nécessaire d'organiser, avant votre hospitalisation, les soins qui seront nécessaires lors de votre retour à domicile. Pour cela, faites appel aux soins et services à domicile de la Mutualité socialiste ! Nous mettons tout en oeuvre pour permettre le maintien à domicile des personnes malades, handicapées, accidentées, âgées ou en fin de vie. Nos services assurent les soins généraux, le suivi après une hospitalisation, les soins pré- et postnatals et les soins palliatifs.

Plus d'infos ? 078 15 60 20 - soinsadomicile@fmsb.be



Nos soins et services à domicile

Ouvrez-nous votre porte !
Une large gamme de services pour faciliter le maintien à domicile des personnes, quel que soit leur âge !

Demandez notre guide au 078 15 60 20

Nos services à domicile vous aident et vous facilitent la vie, quel que soit votre âge. Mais il est aussi important de vous faire accompagner et de vous procurer à la fois des soins et des services adaptés à votre situation et à vos besoins.

MUTUALITÉ SOCIALISTE DU BRABANT
L'accès à la santé pour tous !

LE TRANSPORT VERS L'HÔPITAL

TRANSPORT URGENT

Lorsque l'on fait appel au service 112, la victime est toujours transportée vers l'hôpital le plus proche équipé d'un service des urgences. Les tarifs pour le transport urgent de patients sont fixés par la loi. Le 112 peut faire appel au SMUR (Service mobile d'urgence et de réanimation). Celui-ci amène médecins et infirmiers auprès des patients dont la vie est en danger.

L'envoi du SMUR ne peut pas donner lieu à la facturation d'une indemnité kilométrique ou d'autres frais. Les honoraires du médecin urgentiste figureront par contre sur la facture de l'hôpital.



	Tarif légal	Partie remboursée (= 50 %)
Premiers 10 km	63,36 € Montant forfaitaire quel que soit le nombre de kilomètres.	31,68 €
Du 11 ^e au 20 ^e km	6,33 €/km	3,17 €/km
À partir du 21 ^e km	4,84 €/km	2,42 €/km

Montants en vigueur depuis le 1er janvier 2017.

TRANSPORT NON URGENT

Dans le cas d'un transport non urgent, le tarif est fixé librement et la facture peut donc être élevée. En principe, les frais de transport sont toujours facturés au patient, même lorsque le transport est effectué à la demande de l'hôpital. Pour le transport entre deux établissements hospitaliers,

il existe deux exceptions imputant les frais de transport à l'hôpital de départ et non au patient :

- Le transport entre deux sites du même établissement hospitalier.
- Le transfert vers un autre établissement afin d'y subir des examens complémentaires ou pour un traitement non réalisable dans l'hôpital de départ, à condition que le retour s'effectue dans les 24 heures.



LA MUTUALITÉ SOCIALISTE INTERVIENT DANS LES FRAIS DE TRANSPORT NON URGENT !

Quand ?

- Entrée et sortie d'hospitalisation.
- Transport d'un hôpital à un autre si l'établissement est plus adapté pour le traitement du patient.
- Entrée et sortie d'un centre de convalescence agréé.
- Dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et suivi, revalidation cardiaque et multidisciplinaire.
- Soins post-opératoires après une greffe d'organe(s).
- Courts séjours dans un centre agréé.
- Usage effectif de la salle de plâtre d'un hôpital.
- Hospitalisation de jour.

- Pas d'intervention si le transport est la conséquence de la pratique professionnelle de certains sports (hockey sur gazon et sur glace, football, rugby, plongée, sports de combat et arts martiaux, ski et équitation).
- Pas d'intervention si le transport est la conséquence de la participation ou de la préparation à des courses cyclistes ou des courses de véhicules motorisés.

Combien ?

L'intervention est limitée à la partie des frais de transport ou d'ambulance non couverte par une autre réglementation. Elle varie en fonction du moyen de transport utilisé.

Voiture personnelle	0,25 €/km (minimum 2,50 € - maximum 20 €)
Voiture sanitaire Taxi	Notre mutualité paie une partie de la facture directement au transporteur. Vous ne payez donc qu'un montant forfaitaire : → 20 €/transport (10 € pour les bénéficiaires de l'intervention majorée) → 5 €/transport en cas de dialyse, de chimiothérapie, de radiothérapie ou de suivi (uniquement en cas de soins ambulatoires)
Ambulance	Notre mutualité paie une partie de la facture directement au transporteur. Vous ne payez donc qu'un montant forfaitaire : → 35 €/transport (15 € pour les bénéficiaires de l'intervention majorée) → 5 €/transport en cas de dialyse, de chimiothérapie, de radiothérapie ou de suivi (uniquement en cas de soins ambulatoires)
Hélicoptère	Maximum 500 €/transport

Comment ?

Ambulance, taxi ou véhicule sanitaire

Vous devez impérativement prendre contact avec Mutas au 02 272 08 17. Mutas vous aidera à choisir le moyen de transport le plus adapté (ambulance, taxi ou véhicule sanitaire). En cas de dialyse, radiothérapie ou chimiothérapie, vous devez fournir le certificat médical (attestant de la nécessité du transport) au chauffeur lors du transport. Vous ne payez alors que le ticket modérateur.

Voiture personnelle ou hélicoptère

Fournissez-nous une preuve des frais et/ou le certificat médical attestant de la nécessité du transport.

À L'HÔPITAL

LA DÉCLARATION D'ADMISSION

Lors de votre admission à l'hôpital, vous devez remplir la déclaration d'admission. Il s'agit d'un document très important car il fixe les conditions financières de votre séjour. Vous devez notamment y indiquer votre choix de chambre. Vous recevez également un accusé de réception pour votre acompte.

Si vous êtes admis à l'hôpital en urgence, ces formalités seront accomplies plus tard ou par votre représentant légal. En attendant, l'hôpital doit pratiquer le tarif de la chambre commune.



La déclaration d'admission ainsi que les explications relatives à celle-ci peuvent être demandées, à l'accueil de l'hôpital, bien avant le jour de votre admission. Cela vous permettra de prendre le temps de l'examiner à votre aise et de vous faire une idée des prix pratiqués ainsi que des suppléments réclamés pour la chambre et sur les honoraires. Le modèle officiel peut également être consulté sur notre site web www.fmsb.be

Choix de la chambre

Dans la déclaration d'admission, il vous est loisible de choisir une chambre commune, une chambre à deux lits ou une chambre particulière. Ce choix ne limite en rien le choix du praticien mais a une incidence sur les suppléments qui peuvent vous être facturés.

	Suppléments de chambre	Suppléments d'honoraires
Chambre commune	NON	NON
Chambre à deux lits	NON	NON
Chambre particulière	OUI	OUI

Un séjour en chambre particulière coûte donc plus cher qu'un séjour en chambre commune ou en chambre à deux lits. Si vous optez pour une chambre particulière, vous vous engagez à respecter les conditions financières inhérentes à

ce choix en termes de suppléments de chambre et d'honoraires. Ces conditions figurent dans la déclaration d'admission.

Dans la déclaration d'admission, choisissez donc toujours le type de chambre que vous désirez, même si le personnel de l'hôpital vous fait savoir que l'établissement n'en dispose plus. Cette précaution vous permettra d'éviter de devoir payer des suppléments pour un type de chambre que vous n'avez pas voulu ! Ainsi, si vous séjournez dans un type de chambre plus cher, ce sont les conditions du type de chambre que vous avez choisi qui sont d'application. De même, aucun supplément ne pourra vous être réclamé ni pour un séjour aux soins intensifs ou au service des urgences, ni lorsque votre médecin traitant estime qu'une chambre particulière s'avère nécessaire d'un point de vue médical.

Admission d'un enfant accompagné par un parent

Lors de l'admission d'un enfant et de son parent accompagnant, le choix est quelque peu différent. Si vous optez pour une hospitalisation et des soins au tarif légal, donc sans suppléments de chambre et d'honoraires, l'enfant et son parent accompagnant seront automatiquement admis en chambre commune ou à deux lits. Si vous optez expressément pour une chambre particulière, aucun supplément de chambre ne peut vous être facturé. Les médecins traitants sont, quant à eux, autorisés à facturer des suppléments d'honoraires.

LA MUTUALITÉ SOCIALISTE INTERVIENT DANS LES FRAIS DE ROOMING-IN !

Lorsque vous séjournez auprès de votre enfant en tant que parent accompagnant, les « frais d'hôtel » sont à votre charge. La Mutualité socialiste du Brabant intervient à concurrence de 15 € par jour pour le parent, que celui-ci séjourne auprès de son enfant hospitalisé ou qu'il passe la nuit au sein d'une infrastructure adaptée sur le campus hospitalier. Cette intervention n'est octroyée qu'à un seul parent et est limitée à 30 jours d'hospitalisation.

SOS-MUT, ASSISTANCE À DOMICILE

Si vous êtes admis à l'hôpital suite à un accident ou une maladie imprévue, vous pouvez faire appel à notre service SOS-Mut, le service d'intervention de la Mutualité socialiste, afin que votre vie de famille ne s'arrête pas.

- **Prise en charge des enfants** : SOS-Mut conduit vos enfants de moins de 15 ans à l'école, va les rechercher et assure leur garde à domicile.
- **Prise en charge des parents** : vous vous occupez d'un parent en perte d'autonomie qui vit à votre domicile et devez soudainement être hospitalisé ? SOS-Mut s'occupe de sa prise en charge.
- **Aide ménagère** : SOS-Mut vous propose une aide ménagère (nettoyage courant des pièces principales de votre habitation).
- **Prise en charge des animaux domestiques** : vous avez un chien ou un chat ? SOS-Mut s'occupe de sa prise en charge.

Pour solliciter l'aide de SOS-Mut, appelez le **02 546 15 80**.

Vous pouvez également faire appel au service SOS-Mut en cas d'immobilisation au domicile suite à un accident ou une maladie imprévue ainsi qu'en cas de décès d'un proche. SOS-Mut s'occupe également de la garde des enfants malades au domicile.

LES DROITS DU PATIENT

Le droit à la prestation de services de qualité

Le patient doit recevoir des soins de la meilleure qualité possible, en fonction des connaissances et de la technologie médicale disponible. Comme pour tous les droits, celui-ci doit être accordé sans la moindre discrimination pour quelque motif que ce soit.

Exemple

Si vous devez suivre un régime alimentaire qui vous a été prescrit pour des raisons médicales, il faut le signaler lors de l'admission. Votre alimentation

sera alors adaptée sans frais supplémentaires. Si les motifs sont d'ordre religieux ou philosophique, l'hôpital devra également en tenir compte mais pourra, dans ce cas, facturer des frais supplémentaires.

Le droit au libre choix du praticien

Le patient a le droit de choisir la personne qui le soignera ainsi que l'hôpital où il sera soigné. Le médecin ne peut pas vous imposer son choix. Vous devrez cependant tenir compte de certaines restrictions d'ordre pratique. Il se pourrait que, dans l'hôpital de votre choix, il n'y ait qu'un seul médecin pratiquant la spécialité que vous souhaitez. Vous avez toujours le droit de demander une seconde opinion à un autre médecin.

Le droit à l'information

Le patient a le droit de recevoir, dans un langage compréhensible pour lui, toutes les informations relatives à son état de santé et à son évolution probable. Ce droit est très important puisque l'information qui sera donnée devra permettre au patient d'accepter ou de refuser un traitement. Le prestataire de soins doit indiquer aussi le comportement à adopter en conséquence (ex. lorsqu'il existe des risques en cas de grossesse).

Vous pouvez désigner une personne de confiance pour vous assister ou demander que l'information lui soit communiquée. Le cas échéant, le prestataire de soins notera dans votre dossier que l'information a été communiquée, avec votre accord, à ou en présence de cette personne de confiance ainsi que l'identité de celle-ci.

Qu'est-ce qu'une personne de confiance ? Un membre de la famille, un ami, un autre patient ou toute autre personne désignée par le patient pour l'aider à obtenir des informations sur son état de santé, à consulter ou à obtenir copie de son dossier ainsi qu'à porter plainte. La Commission fédérale « Droits du patient » a émis un formulaire de désignation de la personne de confiance (cf www.patientrights.be). En cas de refus d'information sur votre état de santé (ex. refus de savoir si l'on est atteint d'une pathologie incurable comme la maladie de Huntington), le praticien respecte votre souhait et le note dans votre dossier. Mais le professionnel peut refuser cette « demande de ne pas savoir » si l'absence d'information risque de nuire sérieusement à votre santé ou à celle des tiers (ex. maladie contagieuse). Dans ce contexte,

le praticien doit au préalable consulter un autre professionnel et entendre la personne de confiance désignée par le patient.

Ce droit est très important puisque l'information qui sera donnée devra permettre au patient d'accepter, de reporter ou de refuser un traitement.

Exemples de questions que vous pourriez poser

Quel est le but de l'intervention ? Est-ce douloureux ? Est-ce urgent ? Quels sont les effets secondaires et les risques ? Quel sera le coût du traitement global ? Existe-t-il une alternative thérapeutique ? Laquelle ? Quelle sera la durée du traitement ?

Le droit au consentement libre et éclairé

Avant d'entamer ou de poursuivre un traitement, le praticien doit obtenir votre consentement libre et éclairé. Ce consentement peut se donner sous forme verbale, tacite (ex. injection) ou électronique (via la plate-forme www.ehealth.fgov.be).

Sans autorisation de votre part, le médecin n'a pas le droit de vous traiter ou de continuer votre traitement. Ce consentement peut également se donner de façon tacite, par exemple en tendant le bras pour une injection. Actuellement, de plus en plus de médecins soumettent un formulaire de consentement au patient avant l'intervention ou l'examen. Ce formulaire a pour but d'éviter toute contestation. Dans ces conditions, ne négligez pas votre droit à l'information.

Exemple

Normalement, vous ne quitterez l'hôpital que lorsque le médecin traitant est d'avis qu'un séjour en milieu hospitalier n'est plus nécessaire. En tant que patient, vous avez toutefois le droit de quitter l'hôpital de votre propre initiative sans le consentement du médecin. Dans ce cas, vous devez signer une décharge indiquant que vous quittez l'hôpital à vos risques et périls.

Le droit d'accès, de consultation et d'obtenir une copie de son dossier médical

Le patient a droit de la part de son praticien professionnel, à un dossier médical soigneusement tenu à jour et conservé dans un lieu sûr. Ce dossier doit obligatoirement contenir certaines données. Vous avez le droit de consulter et d'obtenir une copie de ce dossier. Le médecin ou l'hôpital doit répondre à votre demande dans un délai de 15 jours.

Après le décès du patient, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus ont uniquement, par l'intermédiaire du praticien professionnel de leur choix, un droit de consultation pour autant que leur demande soit suffisamment motivée et spécifiée et que le défunt ne s'y soit pas opposé expressément. Plus aucune copie du dossier médical ne peut être remise ni aux proches du défunt, ni à tout médecin qui souhaite le consulter.

Le droit à la protection de la vie privée

Sauf accord du patient, seules les personnes nécessaires sur le plan professionnel sont présentes lors des soins. L'information liée à la santé du patient ne peut être divulguée à des tiers (ex. pour la conclusion d'une assurance vie), à moins d'une dérogation légale et de la nécessité de protéger la santé publique ou les droits et libertés de tiers (ex. risque de contamination).

Le droit de déposer plainte

Tout patient a le droit d'introduire une plainte auprès du médiateur hospitalier lorsque l'exercice de ses droits n'a pas été respecté. La loi prévoit que chaque hôpital doit disposer d'un service de médiation.

À côté de ces droits fondamentaux, la loi a fixé des règles pour la représentation du patient qui n'est pas ou plus en mesure d'exprimer sa volonté. Ces règles ne vous privent pas de la possibilité de désigner vous-même un représentant et demander que cette désignation soit consignée au sein de votre dossier médical. De même, lorsque vous avez des exigences particulières (refus d'un certain traitement, alimentation, déclarations relatives à l'euthanasie), il est très important que ces exigences soient mentionnées explicitement dans votre dossier médical.

La loi prévoit en outre la possibilité de désigner une personne de confiance qui vous aidera à évaluer les informations médicales. Le médecin de famille est généralement la personne la plus indiquée. Les hôpitaux doivent également prévoir une assistance morale et philosophique, quelles que soient vos convictions.

DE RETOUR À LA MAISON

VOTRE FACTURE D'HOSPITALISATION

Environ deux mois après votre retour chez vous, vous recevrez la facture de l'hôpital. Le modèle de celle-ci est défini conformément aux normes légales en la matière (et peut être consulté sur notre site web www.fmsb.be).

En tant que patient, vous recevez par courrier l'annexe 37 de cette note d'hospitalisation, sur laquelle vous pouvez voir ce qu'il vous reste à payer et ce que votre mutualité a déjà payé pour vous. En cas d'hospitalisation, le système du tiers-payant est d'application pour tout le monde. Cela signifie que votre mutualité paie directement à l'hôpital une partie des frais liés à votre séjour et votre traitement. Il reste, à votre charge, votre quote-part personnelle, à savoir le ticket modérateur. La mutualité rembourse automatiquement le ticket modérateur aux bénéficiaires du maximum à facturer. Les suppléments éventuels sont à votre charge. La mutualité n'intervient pas pour certaines interventions, notamment les interventions à caractère purement esthétique.

Les hôpitaux envoient une facture détaillée et un « Résumé des frais à votre charge » qui comprend le coût total à charge du patient par rubrique, une mention des avances éventuellement versées et le montant que le patient doit encore verser.

La version détaillée de la facture se compose, quant à elle, de 8 grandes parties. Dans chaque rubrique, les coûts se subdivisent en trois parties : « A charge de la mutualité », « A charge du patient » et « Supplément ». Cette dernière comprend les montants facturés en plus du montant officiel pour la chambre et pour les honoraires. Ces montants découlent de votre choix pour une chambre individuelle et sont entièrement à votre charge.

Le montant à déboursier pour une hospitalisation est sensiblement moins élevé pour les bénéficiaires de **l'intervention majorée**. Certains statuts ou avantages sociaux donnent automatiquement droit à ce statut. Si vos revenus sont peu élevés, vous pouvez introduire une demande d'obtention de ce statut auprès de notre mutualité. Les conseillers de nos agences se feront un plaisir de vous donner plus d'explications à ce sujet.



1. Frais de séjour

Dans votre déclaration d'admission, vous avez dû indiquer le type de chambre souhaité, mais indépendamment de ce choix, vous payez une quote-part personnelle journalière fixée par la loi pour votre séjour à l'hôpital et pour les soins qui y sont prodigués. Cette quote-part varie en fonction de votre statut.

En hospitalisation de jour, vous ne payez pas de quote-part personnelle. En cas d'admission en hôpital psychiatrique, d'autres montants sont d'application.

Si vous avez opté pour une chambre particulière, l'hôpital peut vous facturer des suppléments de chambre. Si vous avez opté pour une chambre commune ou à deux lits, l'hôpital n'est pas autorisé à facturer de suppléments liés à la chambre. Les montants des suppléments figurent dans l'explicatif de la déclaration d'admission. Il n'existe aucun montant maximal fixé par la loi.

	Intervention majorée	Chômeurs de longue durée Plus de 12 mois	Assurés ordinaires		
			Sans personnes à charge	Avec personnes à charge	Avec leurs enfants à charge
1^{er} jour	5,55 €/jour	32,82 €/jour	42,89 €/jour		32,82 €/jour
2^e au 90^e jour		5,55 €/jour	15,62 €/jour		5,55 €/jour
À pd 91^e jour			15,62 €/jour	5,55 €/jour	

Montants en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017 dans les hôpitaux généraux.

2. Montants forfaitaires facturés

Tout comme pour les médicaments remboursables, l'hôpital est autorisé à facturer des honoraires forfaitaires par hospitalisation,

que vous ayez ou non bénéficié de ces services. Ces forfaits sont facturés à tous afin de répartir les frais et donc de les limiter.

	Quote-part personnelle	Avec intervention majorée
Forfait biologie clinique	7,44 €	0 €
Imagerie médicale	6,20 €	1,98 €
Prestations techniques et service de garde médicale	16,40 €	0 €
Médicaments remboursables	0,62 €	0,62 €

3. Frais pharmaceutiques

Sur votre facture, cette rubrique s'intitule « Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux ».

En plus du forfait lié aux médicaments remboursables, comptabilisé dans les « Montant forfaitaires facturés », vous devez vous-même payer intégralement les médicaments pour lesquels aucune intervention de l'assurance-maladie n'est prévue. Contrairement au forfait, vous ne payez ici que les médicaments que vous avez effectivement reçus. Les produits de soins parapharmaceutiques tels qu'une brosse à dent sont intégralement à votre charge.

Pour les implants et les prothèses, il faut souvent payer une quote-part personnelle appelée « marge de sécurité ». Celle-ci est plafonnée par la loi. L'hôpital peut également vous facturer ce que l'on appelle une « marge de délivrance » qui sert à couvrir les frais liés au stockage, à la stérilisation et à la délivrance des implants et des prothèses par le pharmacien de l'hôpital. Cette marge s'élève à 10 % du prix d'achat du matériel mais ne peut excéder 148,74 €.

4. Honoraires médicaux et paramédicaux

Toutes les prestations figurent dans la facture, par spécialité et par prestataire de soins.

Outre les forfaits fixes, vous payez également des honoraires pour les prestations effectuées par les médecins, dentistes, kinésithérapeutes et sages-femmes. Pour certains honoraires, il n'existe pas de ticket modérateur. Le patient ne paie donc rien. Mais pour la plupart des honoraires, vous devez payer une quote-part personnelle (ticket modérateur). Le montant de cette quote-part est fixé par la loi dans l'accord médico-mutualiste. Les médecins conventionnés appliquent ces tarifs.

Les médecins non conventionnés peuvent, quant à eux, facturer des suppléments d'honoraires supérieurs au tarif légal lorsque vous séjournez en chambre particulière (voir tableau en page 7). La déclaration d'admission mentionne le pourcentage maximal des suppléments d'honoraires qui peut être porté en compte.

Exemple de supplément d'honoraires

Si, selon le tarif légal, une intervention coûte 75 € et que le remboursement de votre mutualité

est fixé à 50 €. Le ticket modérateur (votre quote-part personnelle) s'élève donc à 25 €. Si votre médecin facture un supplément d'honoraires maximum de 100 %, vous paierez donc 100 € : 25 € de ticket modérateur et 75 € de supplément d'honoraires.

Tous les suppléments d'honoraires sont facturés par l'hôpital. Ne les payez jamais directement à votre médecin !



5. Autres fournitures

Cette rubrique contient les prestations médicales qui ne figurent nulle part ailleurs. Il peut s'agir, par exemple, d'un plâtre, de lait maternel, de bains désinfectants ou de sang.

6. Transport de malades

Cette rubrique reprend le montant facturé pour le transport urgent.

La Mutualité socialiste intervient dans les frais de transport urgent et non-urgent ! (voir page 6)

7. Frais divers

Tous les frais non médicaux sont repris dans cette rubrique. Il s'agit notamment de l'usage du téléphone, d'Internet, de la location d'un frigo, etc. Les « frais d'hôtel » d'une personne accompagnante entrent également dans cette catégorie. La liste des tarifs de ces divers services doit être consultable à l'hôpital ainsi que sur le site Internet de celui-ci.

8. TVA

Certains médecins devraient être assujettis à la TVA prochainement. Lorsqu'il pratiquent des interventions esthétiques non remboursables par l'assurance obligatoire, par exemple, ils vous font payer la TVA.

**CE N'EST PAS CLAIR OU VOUS PENSEZ QU'IL
Y A UNE ERREUR DANS VOTRE FACTURE
D'HOSPITALISATION ? NOTRE SERVICE
JURIDIQUE EST LÀ POUR VOUS AIDER !**

Notre conseiller juridique est joignable par téléphone au **02 506 98 61** (du lundi au jeudi entre 14h et 16h30 et le vendredi entre 14h et 15h) ou par mail à jurimut@fmsb.be. Il est également possible d'obtenir un rendez-vous. Pour connaître l'horaire des consultations, rendez-vous sur www.fmsb.be ou consultez notre guide des services.

Ce service est gratuit. Il est spécialisé dans les soins de santé et est offert aux affiliés en règle de cotisation à l'assurance complémentaire. Vous y recevrez toute l'assistance utile dans les matières suivantes : les factures (extra)hospitalières, les honoraires des dispensateurs de soins, les attestations de soins de santé, les droits du patient et la responsabilité médicale (en ce compris l'intervention du Fonds des Accidents Médicaux).

**MEDI'KIDS, LE SOUTIEN DE LA MUTUALITÉ
SOCIALISTE POUR LES ENFANTS ATTEINTS
D'UNE MALADIE GRAVE.**

La maladie d'un enfant est toujours pénible à supporter. Lorsque celui-ci est atteint d'une maladie grave, l'épreuve psychologique peut se coupler à des coûts élevés. Le service Medi'kids va au-devant du problème et intervient dans les coûts de traitement d'une maladie lourde (jusqu'à 18 ans inclus). L'intervention est plafonnée à 5.000 €/an. La franchise est de 650 € par famille et, votre enfant devra disposer d'un dossier médical global pour bénéficier de cette intervention. Prenez contact avec notre Centre d'Aide aux Personnes (CAP) - Service social au numéro **02 546 15 12** ou surfez sur <https://www.fmsb.be/service-social>



AIDE ET SOINS À DOMICILE

Ouvrez-nous votre porte ! Nous vous proposons un éventail de services destinés à vous faciliter la vie à domicile.

Des soins à domicile

Nos services assurent les soins généraux, le suivi après une hospitalisation, les soins pré- et postnataux et les soins palliatifs.

- Soins infirmiers
- Kinésithérapie
- Soins de pédicurie médicale et podologie
- Logopédie
- Coiffure

La Mutualité socialiste intervient à hauteur de 6,50 € par soin de pédicurie et de 9,50 € par soin de podologie (avec certificat médical pour les moins de 60 ans)

078 15 60 20 / soinsadomicile@fmsb.be

Repas chauds à domicile

Vous désirez recevoir chaque jour un délicieux repas complet et équilibré ? Nous vous livrons du potage, un plat principal et un dessert à domicile. Un régime pauvre en matières grasses, sans sucre ou sans gluten ? Pas de problème, nous adaptons notre menu.

078 15 60 20 / soinsadomicile@fmsb.be

Service d'aide aux familles

Vous avez besoin d'un coup de main ? Notre Service d'aide aux familles prendra en charge les tâches que vous n'êtes plus à même d'accomplir. Nos prestataires s'occuperont entre autres de cuisiner pour vous et vous aideront dans l'entretien journalier de votre maison. Ils peuvent également vous aider dans vos tâches administratives.

078 15 60 20 / soinsadomicile@fmsb.be

Un service de conseils en aménagement du domicile

Le domicile est généralement l'endroit le plus sûr ! Un logement adapté à ses occupants permet de limiter les risques d'accident, de favoriser l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne et d'apporter une plus grande sérénité. Notre service procède à une analyse de votre habitation et vous prodigue gratuitement des conseils portant sur les possibilités d'aménagement ou la fourniture d'aides techniques et fonctionnelles.

078 15 60 20 / soinsadomicile@fmsb.be

Nettoyage à domicile

Un personnel formé, assuré et encadré s'occupe du nettoyage de votre domicile, du repassage, de l'entretien des vitres et des courses dans votre quartier.

078 15 60 20 / soinsadomicile@fmsb.be

Soli-transport

Vous êtes une personne à mobilité réduite et vous avez besoin d'un chauffeur pour aller chez le médecin, à la commune ou dans votre club de sport ? Faites appel à Soli-transport ! Nos chauffeurs effectuent également la livraison à domicile du matériel (para)médical acheté dans l'un de nos Medishop.

02 546 15 13 / solidaritel@fmsb.be

Pour plus d'infos, surfez sur www.fmsb.be. Demandez également notre « Guide des soins et service à domicile ».





MEDISHOP, VOTRE PARTENAIRE SANTÉ !

Le Medishop prête, loue et vend un large assortiment de matériel médical et paramédical.

- Mobilité et incontinence : béquilles, fauteuils roulants, matériel d'incontinence, etc.
- Mise en forme et revalidation : home-trainers, ballons d'exercice, attelles, bas de contention, etc.
- Aménagement du domicile : lits médicalisés, tapis antidérapants, chaises de douche, etc.
- Articles pour bébés : langes, produits de soins, tire-laits, etc.
- Matériel électronique : tensiomètres, aérosols, pèse-personnes, téléphonie, etc.

Une grande partie du matériel peut être gratuitement mise à votre disposition pendant 3 mois. Le reste peut être loué ou acheté à des prix avantageux.

Où ?

- **Bruxelles** : Rue du Midi 112-114
- **Vilvorde** : Grote Markt 38
- **Louvain** : Schipvaartstraat 18
(Balk van Beel - gps : Brouwerijplein)

Les produits sont directement disponibles dans nos 3 Medishop. Vous pouvez également passer commande par téléphone au **078 15 60 20** ou dans nos agences. Le matériel peut être livré dans une agence de la mutualité proche de chez vous. Le matériel de grande taille (lits d'hôpitaux, lève-personnes,...) est livré à domicile, monté et installé. Une contribution modeste vous sera réclamée.

Autres avantages réservés à nos membres !

- Lit médicalisé : notre mutualité prend en charge la moitié du coût de location si vous louez ce matériel via notre Medishop.
- Système de télévigilance : grâce à la télévigilance, vous serez secouru en cas de besoin. En effet, une simple pression sur un bouton d'appel suffit pour vous mettre en contact avec la centrale d'alarme et déclencher l'intervention rapide des secours nécessaires. Notre mutualité accorde une intervention mensuelle dans le coût de location du système auprès du Medishop. L'intervention s'élève à 15 € pour les personnes qui bénéficient de l'intervention majorée et à 12 € pour les assurés ordinaires.

VOTRE CONVALESCENCE EN TOUTE TRANQUILLITÉ

Si, après l'hospitalisation, vous devez suivre une cure de convalescence nous sommes également à vos côtés ! Si vous suivez cette cure dans l'un des trois centres de la Mutualité socialiste, vous bénéficiez d'une intervention par jour de 40 €, avec un minimum de 7 jours et un maximum de 60 jours par an. Notre Centre d'Aide aux Personnes (CAP) - Service social (**02 546 15 12**) vous aidera à introduire votre demande de cure de convalescence dans le centre De Ceder à Deinze, Duneroze à Wenduine ou Les Heures Claires à Spa.

'HOSPIMUT', DES ASSURANCES HOSPITALISATION SUR MESURE !

Une indemnité forfaitaire en cas d'hospitalisation, quel que soit le montant de la facture ?

Optez pour ICH !

L'assurance ICH intervient de manière forfaitaire à concurrence de 20 € par jour d'hospitalisation pour les personnes âgées de 18 à 59 ans et de 12 € pour les personnes de moins de 18 ans ou de plus de 60 ans.

Cette assurance peut être cumulée avec Hospimut ou Hospimut Plus.

Vous cherchez une bonne couverture hospitalisation lorsque vous séjournez en chambre commune ou à deux lits ?

Optez pour HOSPIMUT !

- Pas de limite d'âge et pas de questionnaire médical pour souscrire à Hospimut.
- Intervention avantageuse dans les frais des implants et des prothèses (sauf implants et prothèses dentaires).
- Remboursement total des médicaments qui ne sont pas remboursés par l'INAMI.
- Intervention de 25 € par jour dans le coût des suppléments de chambre en chambre individuelle.
- Jusqu'à 16.500 € de remboursement par an.

Vous cherchez une excellente couverture en cas d'hospitalisation et ce, quel que soit le type de chambre choisi ?

Optez pour HOSPIMUT plus !

- Pas de limite d'âge et pas de questionnaire médical pour souscrire à Hospimut Plus.
- Pas de franchise.
- Intervention élevée dans les suppléments d'honoraires (jusqu'à trois fois le tarif officiel).
- Remboursement total des implants et des prothèses (sauf implants et prothèses dentaires).
- Remboursement total des médicaments qui ne sont pas remboursés par l'INAMI.
- Remboursement total des suppléments de chambre en chambre individuelle.
- Pas de plafond d'intervention.
- Intervention dans les frais de transport (service 112) vers l'hôpital.
- Intervention lorsqu'un parent passe la nuit auprès de son enfant hospitalisé.
- Intervention dans les soins pré- et postopératoires et le traitement.
- Intervention en cas d'hospitalisation à l'étranger.
- Garde à domicile de vos enfants si vous êtes hospitalisé deux jours ou plus à la suite d'un accident, d'une maladie soudaine et imprévisible ou en cas d'accouchement.

Comment faire pour continuer à bénéficier, au meilleur prix, d'une excellente assurance hospitalisation, une fois qu'on n'est plus couvert par celle d'un employeur ?

En optant pour **Hospimut Plus Continuité**, vous êtes assuré de toujours bénéficier d'une excellente couverture hospitalisation. Ainsi, lorsque vous ne serez plus couvert par l'assurance d'un employeur, vous pourrez immédiatement accéder à notre protection Hospimut Plus, au tarif le plus avantageux pour vous et sans stage. Ne traînez pas ! Au plus tôt vous vous affiliez à Hospimut Plus Continuité, au moins votre prime annuelle sera élevée !

En attendant de pouvoir bénéficier de la couverture Hospimut Plus, vous pouvez déjà bénéficier d'une série d'avantages :

- Intervention en complément de l'assurance hospitalisation groupe, quelle qu'elle soit.
- Jusqu'à 50 € par jour sur les frais d'hospitalisation non remboursés .

ICH et Hospimut (Plus), les assurances hospitalisation de la Société Mutualiste d'Assurances du Brabant (SMAB) proposées aux affiliés de la Mutualité socialiste du Brabant.



Plus d'informations ?

- Appelez le
02 506 96 11, du lundi au vendredi de 8h15 à 16h30 (15h le vendredi)
- Surfez sur
www.fmsb.be
- Écrivez à
mail@fmsb.be
- Envoyez un courrier
Mutualité socialiste, 111, rue du Midi, 1000 Bruxelles
- Phone Mut
Appelez le 02 502 56 00 (24h/24) pour commander des
vignettes roses, la carte européenne d'assurance maladie, etc.
- Contactez votre conseiller mutualiste
Dans l'une de nos agences ou dans un « Mobi-Mut », notre agence mobile.

Vous n'êtes pas encore membre de la Mutualité Socialiste Brabant ?

Vous souhaitez profiter d'un service efficace et de nombreux avantages, le tout à un prix avantageux ? Rejoignez-nous !

**Il est extrêmement simple de vous affilier à notre mutualité.
Nous nous occupons de votre dossier de A à Z.**

Contactez-nous !



**MUTUALITÉ SOCIALISTE
DU BRABANT**

L'accès à la santé pour tous !