

Comprendre la mutualité

Bienvenue à la MC

Hospitalisation

Indemnités

VOUS
ÊTES
ICI

Remboursements

Tiers payant



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

Table des matières

Introduction	3
Mieux comprendre la mutualité	3
S'inscrire à la mutualité	5
Personne à charge ou titulaire ?	5
Comment s'inscrire à une mutualité ?	6
Vos documents importants	7
La carte d'identité sociale ou carte isi+	7
Les vignettes d'identification	8
L'attestation de soins donnés	8
Se faire rembourser	9
Des remboursements plus élevés	10
L'incapacité de travail	13
Incapacité de travail et invalidité	13
Vous êtes blessé(e) lors d'un accident ?	14
L'hospitalisation	15
La déclaration d'admission	15
Préparer votre hospitalisation	16
Les factures	17
Lexique	18
Contactez-nous !	20

Introduction



© GlobalStock

Pour bon nombre de personnes, la Belgique a l'un des meilleurs systèmes de sécurité sociale au monde. Et pour cause, la sécurité sociale belge est le résultat d'une longue lutte pour assurer l'accès à des soins médicaux et de santé de qualité pour tous. En effet, en Belgique, chacun cotise un peu pour le bien-être et la santé de tous.

Cependant, certains systèmes de remboursement nécessitent des démarches administratives qui peuvent sembler difficiles à entreprendre. Il n'est d'ailleurs pas toujours facile de s'y retrouver dans le jargon de sa mutualité.

Ce petit guide vous aidera à mieux comprendre à quoi sert une mutualité et ce qu'elle défend. Vous y trouverez également de précieux conseils pour mieux connaître vos droits en matière de soins de santé et d'indemnités.

En fin de brochure, vous trouverez un lexique reprenant certains termes utilisés dans ce guide.

Mieux comprendre la mutualité

QU'EST-CE QU'UNE MUTUALITÉ ?

Les mutualités sont des **organismes d'assurance** en matière de santé (maladie, accident, prévention...). Elles sont responsables de la gestion du système d'assurance maladie, appelé en Belgique « Assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ASSI) ».

Les principales missions d'une mutualité sont :

- ❑ **assurer un remboursement partiel** des frais médicaux et de santé ;
- ❑ **gérer le paiement des indemnités** en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité ;
- ❑ **offrir une assurance complémentaire** (en proposant des remboursements, services et avantages complémentaires) ;
- ❑ **informer ses membres** via des actions de promotion de la santé ;
- ❑ **accompagner et défendre les droits** de ses membres (négociation des tarifs auprès de

l'INAMI et des prestataires de soins, défense en cas de litige...);

- **favoriser l'engagement social** par la vie associative et les mouvements solidaires.

S'AFFILIER À LA MC

Outre son rôle de co-gestionnaire de l'ASSI et d'organisme de remboursement de soins de santé, la Mutualité chrétienne (MC) vous accompagne tout au long de votre vie. Elle offre des services et des avantages variés, adaptés aux différentes situations de ses affiliés. Aujourd'hui en Belgique, 4,5 millions de personnes sont membres de la MC !

La MC, c'est aussi :

- **des remboursements et interventions** pour la vaccination, la psychomotricité, l'orthodontie, les services d'aide à domicile, les transports médicaux, la logopédie, les médecines douces, etc. ;
- **des soins 100 % remboursés jusqu'à 18 ans** ;
- **des couvertures en soins dentaires et hospitalisation** comprises dans votre cotisation ;
- **des vacances et loisirs pour tous** ;

i Pour en savoir plus, consultez notre brochure « Vos avantages et services ».

AVEZ-VOUS UN DOSSIER SANTÉ PARTAGÉ ?

Votre dossier santé répertorie toutes vos données médicales. Celles-ci sont généralement centralisées chez votre médecin généraliste. Si vous donnez votre accord ou « consentement éclairé », ces données pourront être partagées, de manière sécurisée, avec les autres prestataires qui vous soignent. Vous bénéficierez ainsi d'une meilleure prise en charge de votre santé et vous

éviterez des frais inutiles (examens, etc.). Vous pouvez donner votre consentement chez votre conseiller mutualiste, votre médecin généraliste, votre pharmacien, à l'hôpital ou via les plateformes en ligne (www.rsw.be ou www.reseausantebruxellois.be).

i Pour en savoir plus :
www.mc.be/dossiersante.

Bon à savoir

Les conseillers dans chaque agence MC

Ils sont à votre service pour vous accompagner, vous conseiller et vous écouter afin de trouver la solution la plus adéquate à votre situation de santé. Ils peuvent également vous rediriger vers nos différents services : service social, service Pension, aides et soins à domicile... N'hésitez pas à faire appel à eux.

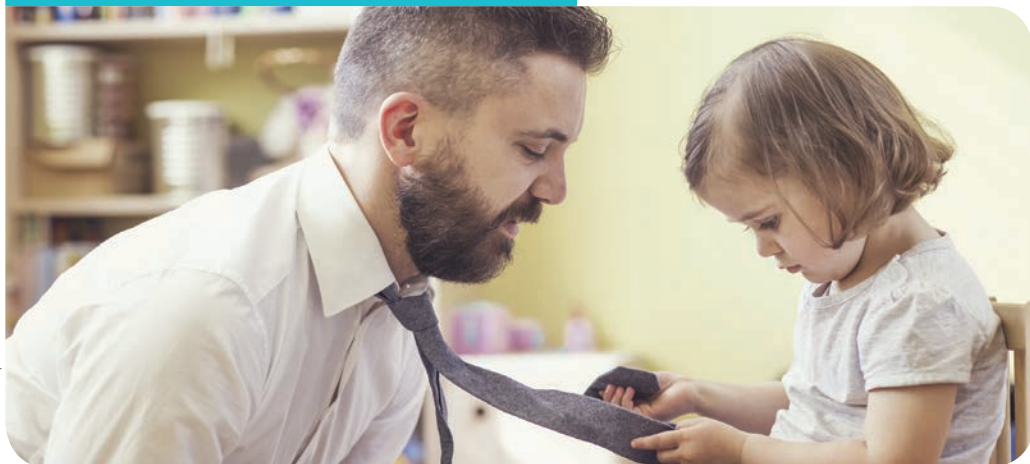
Le site www.mc.be

Une foule d'informations où vous voulez et quand vous voulez sur les avantages et services de la MC mais aussi les horaires de nos agences, un module de recherche des prestataires de soins proches de chez vous, un agenda des activités et les actualités de votre région. Vous pouvez également commander et télécharger de nombreux documents (certificats, fiches infos, etc.)

Le journal En Marche

En Marche, le journal de la MC, vous informe sur l'actualité santé, les enjeux de société, les services MC et la vie locale. À découvrir deux fois par mois dans votre boîte ou sur www.enmarche.be.

S'inscrire à la mutualité



© Halfpoint

Personne à charge ou titulaire ?

Pour bénéficier des avantages et services de la mutualité en Belgique, il faut tout d'abord s'inscrire dans une mutualité. Vous recevez alors un numéro de membre.

Il existe différentes catégories de membres :

Le titulaire

Un titulaire est une personne (un salarié, indépendant, chômeur, pensionné, etc.) qui « ouvre » le droit aux soins de santé (son droit personnel ainsi que celui des éventuelles personnes à sa charge).

La personne à charge

Une personne à charge est une personne qui bénéficie du droit aux soins de santé par l'intermédiaire d'un titulaire.

Qui peut être personne à charge ?

- ☐ les enfants/jeunes de moins de 25 ans : enfants, petits-enfants, etc. ;
- ☐ les personnes domiciliées chez le titulaire et dont les revenus sont inférieurs à un plafond déterminé : conjoint, ascendant, cohabitant ;
- ☐ l'époux(se) vivant séparé(e) sous certaines conditions.

Le conjoint aidant

Le conjoint ou cohabitant d'un travailleur indépendant est affilié d'office en tant que conjoint aidant auprès de la caisse d'assurances sociales de son conjoint. À l'exception des conjoints des dirigeants d'entreprise, les conjoints aidants doivent s'inscrire auprès d'une mutualité en tant que titulaire.

Comment s'inscrire à une mutualité ?

Vous êtes étudiant ou vous terminez/interrompez vos études

- **Vous êtes étudiant dans l'enseignement supérieur ou à l'université** : vous restez à charge de vos parents jusqu'à l'âge de 25 ans maximum. Si vous étudiez encore après votre 25^e anniversaire, vous devez vous affilier personnellement en tant que titulaire à la mutualité (dans le cas où vous ne pouvez pas être inscrit en tant que personne à charge et que vous vivez seul). Si vous êtes apprenti, vous devez vous inscrire comme titulaire le 1^{er} janvier de l'année de vos 19 ans.
- **Vous terminez ou interrompez vos études et vous avez trouvé du travail** : dès le lendemain de votre entrée en fonction, avertissez la mutualité de votre choix. Elle vous remettra des documents à faire remplir par votre employeur.
- **Vous terminez ou interrompez vos études et vous êtes à la recherche d'un travail** : vous devez tout d'abord vous inscrire comme demandeur d'emploi au FOREM ou chez ACTIRIS, (que vous ayez ou non obtenu votre diplôme). Après un certain délai d'attente, vous recevez une allocation de chômage. Pendant le stage d'attente, et si vous avez moins de 25 ans, vous restez à charge de vos parents, bénéficiant ainsi de leur couverture soins de santé. Dès que vous êtes bénéficiaire d'allocations de chômage, vous devez vous inscrire à la mutualité en tant que titulaire (si vous ne pouvez pas être inscrit en tant que personne à charge et que vous vivez seul).

Vous êtes étranger

Vous avez différentes possibilités d'inscription via les conventions internationales. Vous pourriez ainsi être considéré comme travailleur envoyé en Belgique par votre employeur étranger ou être inscrit comme pensionné, pour autant que vous ne bénéficiez que de votre pension étrangère tout en résidant en Belgique. Prenez contact avec un de nos conseillers pour en savoir plus.

Vous êtes travailleur

Vous devez vous inscrire à l'aide de documents qui vous seront fournis par la mutualité. Votre couverture sociale est garantie par votre employeur.

Vous êtes une personne à charge

Vous pouvez être inscrit à charge d'un titulaire (époux, ascendant, enfant, ou cohabitant) selon certaines conditions (revenus, cohabitation). Pour ce faire, demandez à votre mutualité un formulaire d'inscription en tant que personne à charge et faites-le compléter et signer par votre titulaire.

i Si vous ne vous retrouvez pas dans ces différentes situations, contactez le **0800 10 9 8 7** (appel gratuit) afin que nos conseillers vous expliquent la démarche à suivre pour votre inscription.

Vos documents importants



© TommiL

Lors de votre inscription à la mutualité, une série de documents vont servir à bénéficier de vos soins de santé et du remboursement de ces soins de santé.

La carte d'identité sociale ou carte isi+

Depuis le 1^{er} janvier 2014, vous devez présenter votre carte d'identité électronique (eID) ou un autre document d'identité électronique (Kids-ID pour les enfants et eID belge pour les étrangers) à la pharmacie (lors de l'achat de médicaments remboursés), à l'hôpital ou chez un prestataire de soins. Ceci permet la consultation en ligne des données via le numéro de registre national figurant sur la carte d'identité électronique.

Pour les personnes ne disposant pas d'une eID/pièce d'identité belge (les enfants de moins de 12 ans et les travailleurs frontaliers), celle-ci est remplacée par une carte isi+. La carte isi+ est délivrée par la mutualité.



Bon à savoir

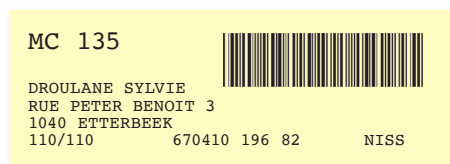
- Ayez toujours votre carte d'identité ou, à défaut, votre carte isi+ sur vous. Elle vous est indispensable lors de chaque visite à la pharmacie, à l'hôpital ou à la polyclinique, chez votre conseiller mutualiste, etc.
- La carte isi+ n'est d'aucune utilité à l'étranger. Veillez donc à demander le document adéquat avant un voyage à l'étranger.

Il est important que nous disposions de données correctes et à jour. Contactez votre mutualité lors des événements suivants :

- ☐ accident (vie privée, circulation, travail...);
- ☐ changement de statut professionnel ;
- ☐ déménagement ;
- ☐ changement de compte bancaire ;
- ☐ perte de la carte isi+ ;
- ☐ maladie/hospitalisation ;
- ☐ mariage/cohabitation ;
- ☐ séparation/divorce ;
- ☐ naissance/adoption ;
- ☐ pension ;
- ☐ décès.

Les vignettes d'identification

Chaque titulaire ou personne à charge reçoit des vignettes à son nom qui comportent un ensemble de données permettant de l'identifier. Il s'agit du nom et du numéro de la mutualité, du nom du titulaire, de son adresse, de son numéro de membre et d'un code de remboursement. Ces vignettes servent à identifier les documents tels que les attestations de soins après une visite chez le médecin, le kiné...



À la MC, les vignettes d'identification sont de couleur jaune, raison pour laquelle vous entendrez parfois parler de « vignette jaune » dans nos courriers.

Bon à savoir

- Collez toujours une vignette jaune sur tout document que vous transmettez à votre mutualité : attestation de soins donnés par un médecin, dentiste, kinésithérapeute, etc.
- Ayez toujours quelques vignettes sur vous, elles vous serviront lors de vos visites chez un prestataire de soins ou lorsque vous irez à la mutualité pour demander un renseignement.

L'attestation de soins donnés

Après chaque consultation chez un prestataire de soins (médecin, dentiste, etc.), vous recevrez une attestation sur laquelle seront renseignés notamment les soins effectués. Cette attestation comporte un reçu que le prestataire doit compléter en mentionnant le montant que vous lui avez payé. Vous devez remettre cette attestation à votre mutualité afin d'être remboursé d'une partie de ce que vous avez payé (en effet, une partie reste à votre charge). Cette partie s'appelle le « ticket modérateur » ou « quote-part personnelle ». Elle est parfois complétée par des suppléments éventuels. Chez le pharmacien, pour vos médicaments remboursés, vous payez uniquement le ticket modérateur.

Bon à savoir

- À chaque visite ou consultation chez un prestataire de soins, vous recevez une attestation de soins. Ne l'égariez pas car sans attestation, pas de remboursement.
- Vous disposez de deux ans pour demander et obtenir le remboursement des soins. Passé ce délai, vos soins ne seront plus remboursés.



VOTRE DOSSIER PERSONNEL EN LIGNE

En vous connectant à « Mon dossier » sur le site MC (www.mc.be), vous pouvez consulter vos remboursements, commander et télécharger des documents (vignettes, etc.), vérifier vos données personnelles et/ou celles des personnes de moins de 18 ans à votre charge, vérifier le statut de votre DMG, voir si vous êtes en ordre de cotisations, etc.

© urbancom

Se faire rembourser



Le montant des honoraires du prestataire sont déterminés au sein de Conventions regroupant les prestataires et les mutualités. Les prestataires sont libres d'y adhérer ou non. Le montant qui reste alors à votre charge peut varier selon que le prestataire soit conventionné ou non conventionné.

LE PRESTATAIRE CONVENTIONNÉ

Ce prestataire s'engage à respecter les tarifs officiels des prestations convenus dans l'accord médico-mutualiste (c'est-à-dire entre les mutualités et les représentants des prestataires de soins). Seule votre quote-part personnelle (ou ticket modérateur) restera à votre charge.

LE PRESTATAIRE NON CONVENTIONNÉ

Ce prestataire a choisi de ne pas adhérer à l'accord médico-mutualiste. Il peut donc appliquer les honoraires qu'il désire pour les prestations effectuées. Ceci signifie que si vous vous rendez chez ce type de prestataires,



© Marc Detiffe

seul le tarif de la convention vous sera remboursé. Les suppléments d'honoraires que le médecin peut vous demander ainsi que le ticket modérateur restent à votre charge.

LE PRESTATAIRE PARTIELLEMENT CONVENTIONNÉ

Il existe également des prestataires qui sont conventionnés à certaines heures. Chaque prestataire partiellement conventionné doit vous informer de ses plages horaires qui sont conventionnées.

Des remboursements plus élevés

LE BÉNÉFICIAIRE DE L'INTERVENTION MAJORÉE (BIM)

Les personnes à faibles revenus peuvent bénéficier d'un remboursement plus élevé de leurs soins de santé, autrement dit d'une intervention majorée.

Il existe 2 catégories de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) :

- **Le droit automatique** (sans enquête sur les revenus) : si vous êtes bénéficiaire d'un revenu d'intégration (ou aide équivalente du CPAS), handicapé(e), orphelin de moins de 25 ans.
- **Le droit sur base d'un calcul de revenus actuels** : si vous êtes veuf(ve), invalide, pensionné(e), chômeur(euse) de longue durée, famille monoparentale.

En dehors de ces catégories, vous pouvez également bénéficier du même avantage si vos revenus de l'année qui précède sont inférieurs à un certain plafond. Dès lors, vous

bénéficierez de remboursements plus importants pour vos frais de médecin et certains médicaments.

i Renseignez-vous auprès de votre conseiller mutualiste !

LE TIERS PAYANT

Le tiers payant permet de ne pas devoir avancer la totalité du montant de certaines prestations. Vous ne payez que la quote-part personnelle (ou ticket modérateur). Certaines prestations sont obligatoirement facturées par tiers payant (ex. lors d'une hospitalisation).

Bon à savoir

Les montants des honoraires des prestataires conventionnés ainsi que les tarifs de remboursements sont consultables sur notre site internet : www.mc.be. Vous pouvez également vérifier, grâce à un module très pratique, si votre prestataire de soins est conventionné et s'il applique les tarifs officiels.

Pour les consultations et les visites chez le médecin, le tiers payant ne peut s'appliquer, excepté si vous faites partie de l'une des catégories ci-dessous :

- bénéficiaires de l'intervention majorée ;
- bénéficiaires dont le ménage dispose de revenus annuels bruts imposables qui ne dépassent pas le montant du revenu d'intégration ;
- bénéficiaires d'allocations familiales majorées ;
- chômeurs complets depuis plus de 6 mois consécutifs (chef de famille ou isolé) ;
- personnes traversant occasionnellement une situation de détresse financière.

Si votre prestataire de soins pratique le tiers payant, ses honoraires seront directement payés par la mutualité à concurrence du montant à charge de l'Assurance Soins de Santé et Invalidité (ASSI).

LE MAXIMUM À FACTURER (MAF)

Le maximum à facturer (MAF) garantit de ne pas devoir payer plus d'un certain montant par an pour des soins de santé (soins remboursables et nécessaires). Au-delà de ce montant plafond, vos soins (les tickets modérateurs) sont à 100 % remboursés, sauf les éventuels suppléments. Ce montant, calculé automatiquement par votre mutualité, est déterminé en fonction des revenus de votre ménage.

Toutes les personnes domiciliées à la même adresse (au 1^{er} janvier de l'année MAF) sont considérées comme faisant partie d'un même ménage pour le MAF. Il n'y a pas de distinction entre mariés et cohabitants. Les isolés sont également considérés comme « ménage ».

Quels sont les frais de santé pris en compte dans le MAF ?

- Les tickets modérateurs sur les honoraires des médecins, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des paramédicaux, etc.*
- Les tickets modérateurs sur les prestations techniques comme les interventions chirurgicales, les examens techniques, les examens de labo, etc.
- Les tickets modérateurs sur les médicaments des catégories A, B et C (sauf Cx et Cs). (Vous trouverez l'indication de la catégorie sur l'emballage du médicament).
- Certains frais d'hospitalisation.

* Les suppléments réclamés au-delà des honoraires légaux ne sont pas pris en compte.

Bon à savoir

En cas de maladie chronique, si vous avez accès au statut affection chronique, vous bénéficiez automatiquement d'une intervention spécifique : la diminution de 100€ du plafond MAF. Pour plus d'informations, consultez les pages du Point info malades chroniques www.mc.be/maladie-chronique.

i Pour en savoir plus, contactez votre conseiller mutualiste.

LE DOSSIER MÉDICAL GLOBAL (DMG)

Le dossier médical global (DMG) contient les données en matière de santé, le compte rendu des entretiens (consultations et visites) avec le médecin traitant, les données et résultats des consultations de spécialistes. De plus, vous pouvez bénéficier d'une réduction de 30 % sur le ticket modérateur de vos consultations chez le médecin généraliste qui



gère votre DMG (ou un médecin généraliste qui fait partie du même cabinet).

Bon à savoir

- Beaucoup de traitements sont soumis à l'approbation de nos consultants praticiens (orthodontie, médecine, physiothérapie, etc.). Contactez un conseiller MC pour en savoir plus.
- Si vous avez 75 ans (ou plus) ou si vous êtes malade chronique, vous avez aussi droit à une réduction de 30 % sur le ticket modérateur des visites à domicile d'un médecin généraliste. Cette réduction vaut également pour tous les généralistes qui ont accès à votre dossier.

contenue dans le produit de référence pour commercialiser un médicament qui aura exactement les mêmes vertus. Lorsqu'une efficacité équivalente est reconnue pour les deux médicaments, le nouveau obtient le label « générique » et peut accéder au remboursement à condition d'être moins cher. Le médicament de référence n'a donc plus l'exclusivité et il voit son remboursement diminuer. Il n'est plus remboursé qu'à concurrence du montant remboursé pour le générique.

Le médicament générique est ainsi au moins 2,7 fois moins cher que celui du médicament de référence correspondant (4 fois pour les BIM).

QUE DEVEZ-VOUS FAIRE ?

Si vous souhaitez confier la gestion de votre dossier médical à votre médecin, demandez-le lui lors de votre prochaine consultation ou visite. Votre médecin généraliste vous réclamera des honoraires particuliers lors de l'ouverture de votre DMG. Ces frais vous seront intégralement remboursés par votre mutualité. Si vous demandez à votre médecin d'appliquer le tiers payant, vous ne devrez pas avancer l'argent pour l'ouverture de votre DMG.

LES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES

Quand une firme pharmaceutique lance un nouveau médicament sur le marché, elle bénéficie de la vente exclusive du produit pendant 20 ans (période de brevet).

Passé cette période de protection, d'autres firmes peuvent utiliser cette substance active



© GlobalStock

L'incapacité de travail



© Smitt

Lorsque vous êtes en incapacité de travail (à cause d'une maladie, d'un accident, etc.), il est conseillé d'avertir votre mutualité le plus vite possible au moyen d'un « certificat d'incapacité de travail » disponible en mutualité. Faites-le compléter par votre médecin traitant et envoyez-le par la poste au médecin-conseil de votre mutualité. Par la suite, envoyez les certificats de prolongation dans les deux jours calendrier (48 heures) après la date de fin de l'incapacité de travail en cours.

ATTENTION : Vous ne pouvez pas glisser le certificat dans une boîte aux lettres de la mutualité, le cachet de la poste devant faire foi. En fonction de votre statut, vous disposez de 48 heures à 28 jours pour prévenir votre mutualité de votre incapacité de travail. En cas de doute, envoyez-le le plus tôt possible (soit dans les 48 heures).

Incapacité de travail et invalidité

INCAPACITÉ DE TRAVAIL PRIMAIRE

La première année de votre incapacité est appelée période « d'incapacité de travail primaire ».

- **Pour les salariés :** pendant les premiers jours ou semaines de votre incapacité de travail et selon votre type de contrat, votre employeur continuera à payer votre salaire. Vous avez, en effet, droit au « salaire garanti ». Vous recevrez des indemnités de votre mutualité après cette période de salaire garanti.
- **Pour les chômeurs :** l'indemnisation intervient dès le début de votre incapacité.
- **Pour les indépendants :** pendant le premier mois d'incapacité de travail, vous n'avez droit à aucune indemnisation (=période de carence).

Bon à savoir

- Effectuez votre déclaration à temps, sinon vos indemnités seront diminuées de 10 % jusqu'au jour de la réception de votre certificat.
- Le médecin-conseil peut vous convoquer à un examen médical. Une absence injustifiée entraîne une suspension, provisoire ou définitive, du paiement de vos indemnités.
- Pendant votre incapacité de travail, toute reprise de travail à temps partiel doit être préalablement demandée au médecin-conseil pour un titulaire du régime général ou autorisée par celui-ci pour un travailleur indépendant.
- Pour un séjour à l'étranger, demandez-nous conseil au moins 15 jours avant votre départ.
- Dès la reconnaissance par le médecin-conseil de votre incapacité de travail, vous recevrez une série de documents. Certains sont à compléter et à renvoyer à votre mutualité, d'autres sont à conserver.

Vous êtes blessé(e) lors d'un accident ?

En cas d'accident, signalez celui-ci à votre mutualité. Si vous avez des frais médicaux suite à un accident, avertissez-nous lors de chaque demande de remboursement et précisez la date de cet accident. Conservez vos preuves de paiement et de remboursement. Ne signez aucun document sans avoir consulté votre mutualité, même si les sommes proposées vous paraissent énormes : elles doivent couvrir les conséquences de votre accident jusqu'à la fin de vos jours !

Bon à savoir

- Conservez tous les documents relatifs à votre accident : frais médicaux, kiné, déplacements chez le médecin ou à l'hôpital, tickets modérateurs, etc.
- Indiquez à votre mutualité que ces frais sont liés à un accident.
- Pour plus d'informations et de conseils sur l'incapacité de travail, rendez-vous sur www.mc.be/incapacite.

INVALIDITÉ

Si vous êtes en incapacité de travail depuis plus d'un an, on parlera alors « d'invalidité ». Le taux d'indemnisation sera revu quel que soit votre statut (salarié, chômeur, indépendant). Pendant toute la durée de votre incapacité, le médecin-conseil de la mutualité effectue des contrôles réguliers sur base de vos déclarations et examens médicaux.



© Wicki58

L'hospitalisation



© ojo images

La mutualité couvre les frais d'hospitalisation. Cependant, le patient aussi doit supporter des frais. Dès l'admission à l'hôpital, des décisions importantes doivent être prises : surtout le choix du type de chambre qui permet d'éviter de mauvaises surprises financières. Les coûts liés à une hospitalisation peuvent varier fortement en fonction de l'hôpital et du type d'hospitalisation.

La déclaration d'admission

Lors de votre arrivée à l'hôpital, vous serez invité à remplir une déclaration d'admission. Ce document est établi en double exemplaire : un exemplaire pour l'hôpital et un autre pour vous. Conservez bien l'exemplaire qui vous est destiné : il pourra vous être utile en cas de contestation de la facture ! Le service Défense des membres de la MC peut vous aider à y voir plus clair en cas d'anomalies ou de problèmes sur votre facture.

À QUOI SERT LA DÉCLARATION D'ADMISSION ?

Ce document reprend les informations financières relatives à votre hospitalisation. Il vous permettra de mieux identifier les différents éléments qui auront un impact plus ou moins important sur la facture finale. C'est ainsi qu'il annonce clairement les suppléments de chambre et les suppléments pour les prestations médicales (=suppléments d'honoraires).

AVEC LA DÉCLARATION D'ADMISSION, CONNAÎT-ON À L'AVANCE LE MONTANT EXACT DE LA FACTURE ?

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

ATTENTION : Certains frais, tels que les frais divers ou imprévisibles, ne sont pas listés ; alors qu'ils peuvent être à votre charge (partiellement ou totalement) et s'avérer très élevés. Vous pouvez demander à l'hôpital de vous renseigner sur les prix des produits et services tels que le téléphone, la télévision, les boissons, etc.

Préparer votre hospitalisation

En surfant sur **www.mc.be**, vous pouvez comparer les pratiques tarifaires de tous les hôpitaux du pays. Un outil très utile pour préparer son hospitalisation ! Vous pouvez également faire une simulation des frais de séjour qu'une hospitalisation pourrait vous coûter. Et si vous n'avez pas d'accès à internet, vous pouvez téléphoner gratuitement au **0800 10 9 8 7** ou vous adresser à une permanence de la MC. Nos conseillers feront cette comparaison pour vous et avec vous.

Bon à savoir

Les droits des patients sont protégés par la loi. Ce règlement contribue à promouvoir la confiance et la qualité de la relation entre le patient et le praticien. Chaque patient a le droit :

- de bénéficier de soins de haute qualité ;
- de choisir son prestataire de soins ;
- d'être informé au sujet de son état de santé ;
- de donner son consentement libre et éclairé pour chaque procédure ;
- d'être informé du statut du fournisseur de soins (conventionné, non conventionné...) ;
- d'avoir accès à ses dossiers médicaux ;
- au respect de sa vie privée ;
- de se faire représenter par une personne de confiance ;
- d'avoir accès à la médiation.

Les factures

Lorsque vous êtes admis à l'hôpital, la mutualité intervient pour un montant sur base du tarif d'une chambre commune. Ce paiement s'effectue directement par la mutualité à l'hôpital (tiers payant). En tant que patient dans un hôpital, vous payez vous-même de nombreux autres frais : une quote-part personnelle par hospitalisation, quelques forfaits obligatoires (médicaments, biologie clinique, etc.), une intervention personnelle dans le prix de la journée, des suppléments (de chambre et d'honoraires) pour séjour en chambre individuelle, des frais supplémentaires pour le téléphone, etc.

Pour couvrir ces frais supplémentaires, les mutualités et les assurances privées vous proposent des assurances hospitalisation. **Grâce à l'Hospi Solidaire et à ses assurances hospitalisation facultatives**, la MC intervient davantage dans les frais liés à l'hospitalisation. Différentes formules peuvent répondre à vos besoins.

Bon à savoir

- En chambre commune ou à 2 lits, un médecin (conventionné ou non) ne peut pas vous réclamer de suppléments d'honoraires. En chambre particulière, il peut le faire.
- Les suppléments d'honoraires et les suppléments de chambre peuvent représenter des montants importants sur votre facture finale.
- S'il s'agit d'une hospitalisation avec pose d'un implant (hanche, anneau gastrique, etc.), votre médecin doit être en mesure de vous informer du prix (parfois très élevé) du matériel qui vous sera implanté.
- Les frais divers (le téléphone, le frigo, la télévision, les frais d'accompagnant, etc.) peuvent aussi représenter un montant non négligeable surtout si le séjour se prolonge. L'hôpital a l'obligation de vous fournir une liste de prix des frais divers les plus courants.



Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.mc.be/hospitalisation ou demandez la brochure « Assurances Hospitalisation ».



Lexique

A

Admission : entrée dans un établissement de soins (hôpital, maison de repos, maison de repos et de soins, etc.) pour y séjourner au moins une nuit.

Affilié : membre.

B

Bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) : régime qui couvre des catégories sociales défavorisées dont le revenu n'atteint pas un certain plafond. Il octroie le remboursement le plus élevé pour l'ensemble des prestations de soins de santé.

C

Conjoint aidant : conjoint d'un travailleur indépendant qui aide celui-ci dans l'exercice de sa profession.

Conventionné : prestataire de soins (médecin, dentiste et prestataires paramédicaux) qui s'engage à ne pas dépasser, pour ses prestations, les honoraires fixés lors de l'accord médico-mutualiste ou dento-mutualiste.

H

Hospitalisation : admission dans un établissement hospitalier afin d'y être soigné.

I

INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité) : c'est l'organisme du système de

sécurité sociale qui combine le remboursement des services de soins de santé avec les bénéfices payés pour l'incapacité de travail ou l'invalidité.

Incapacité primaire : première année de suspension professionnelle pour raison de santé reconnue par le médecin-conseil de la mutualité.

Invalidité : incapacité de travail de plus d'un an reconnue par le Conseil médical de l'invalidité, sur proposition du médecin-conseil de la mutualité.

Isolé : titulaire sans charge de famille selon les critères de l'Assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités (ASSI).

M

Maximum à facturer (MAF) : remboursement des frais médicaux des ménages au-delà d'un certain plafond de dépenses. Dès que la somme des tickets modérateurs payés par un ménage atteint le plafond (ce montant est déterminé en fonction des revenus du ménage), les tickets modérateurs payés par la suite sont remboursés par la mutualité.

MC : Mutualité chrétienne.

Médecin-conseil : il a pour mission d'assurer le contrôle de l'incapacité de travail des affiliés ainsi que le contrôle des prestations de santé (logopédie, kiné, etc.). Engagé par la Direction médicale de l'organisme assureur dont il dépend hiérarchiquement, il joue un rôle important d'accompagnement médico-social et de conseiller. Il contribue ainsi à l'utilisation optimale des ressources du secteur « santé » de la sécurité sociale.

Membre : personne ayant fait le choix d'adhérer à la MC pour sa couverture sociale et celle des personnes à sa charge pour Assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités (ASSI).

Mutualité : organisme assureur en matière de santé.

P

Personne à charge : personne qui n'est pas titulaire elle-même mais qui, en raison de la qualité de titulaire de la personne dont elle dépend, peut prétendre aux bénéfices de l'Assurance obligatoire Soins de Santé et indemnités (ASSI).

Prestataire de soins : celui qui effectue une prestation médicale ou paramédicale (médecin généraliste, médecin spécialiste, kiné, infirmier, etc.).

Prestation : acte médical ou paramédical.

Q

Quote-part personnelle : intervention personnelle dans le coût des prestations de soins après le remboursement fait par votre mutualité. Le montant de l'intervention personnelle correspond au ticket modérateur.

S

Sécurité sociale : système d'assurances sociales fondé sur la solidarité, c'est-à-dire la prise de conscience d'un intérêt commun, et dont le financement est assuré par des cotisations, des impôts et des subsides de l'État. Ces assurances couvrent les pertes de revenus

et les hausses de dépenses consécutives aux aléas de la vie.

Suppléments d'honoraires : montants des honoraires facturés en plus des honoraires prévus (fixés lors des accords ou conventions) : prestataires non conventionnés, chambre particulière, etc.

T

Ticket modérateur : différence entre le tarif officiel du prix de la prestation (établi par la convention) et le montant remboursé par la mutualité. Le ticket modérateur reste à charge du patient.

Tiers payant : paiement direct par la mutualité du montant pris en charge par l'Assurance Soins de Santé et Invalidité (ASSI) à des prestataires, services ou institutions. Les personnes qui ont bénéficié de ces soins ne doivent dès lors plus payer que le montant restant à leur charge (quote-part personnelle ou ticket modérateur) après intervention de l'ASSI.

Titulaire : affilié qui, par son travail ou son statut, s'ouvre des droits pour lui-même et pour les personnes à sa charge.

V

Vignette : étiquette permettant d'identifier le bénéficiaire. À la MC, cette étiquette est de couleur jaune.

Contactez-nous !

- > Appelez gratuitement le 0800 10 9 8 7 du lundi au vendredi de 8h30 à 18h et le samedi de 9h à 13h
- > Surfez sur www.mc.be
- > Contactez votre conseiller mutualiste

Mutualités régionales

MC Brabant Wallon

Boulevard des Archers 54, 1400 Nivelles
Tél. : 067 89 36 36
brabant.wallon@mc.be

MC Hainaut Oriental

Rue du Douaire 40, 6150 Anderlues
Tél. : 071 54 85 48
anderlues@mc.be

MC Hainaut Picardie

Rue Saint-Brice 44, 7500 Tournai
Tél. : 069 25 62 11
haipi@mc.be

MC Liège

Place du XX Août 38, 4000 Liège
Tél. : 04 230 16 40
contact.liege@mc.be

MC Province de Luxembourg

Rue de la Moselle 7-9, 6700 Arlon
Tél. : 063 211 711
arlon@mc.be

MC Province de Namur

Rue des Tanneries 55, 5000 Namur
Tél. : 081 24 48 11
namur@mc.be

MC Saint-Michel

Boulevard Anspach 111-115, 1000 Bruxelles
Tél. : 02 501 58 58
st.michel@mc.be

MC Verviers-Eupen

Rue Laoureux 25-29, 4800 Verviers
verviers@mc.be

Éditeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles
MICBR0015FR-16 – Juin 2017 – Photo couverture : ©Istockphoto –
Imprimé sur papier issu de forêts gérées durablement.



POUR PROFITER DE NOS NOMBREUX AVANTAGES, AFFILIEZ-VOUS À LA MC !

Pour plus d'informations sur l'ensemble de notre offre, demandez notre brochure « Vos avantages et services » (en appelant gratuitement le **0800 10 9 8 7**) ou consultez nos pages www.mc.be.



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.