

Hospitalisation, attention à la facture

Octobre 2015



Un séjour en milieu hospitalier peut vite devenir un gouffre financier. Dépassement d'honoraires et prestations particulières sont parfois incontournables. Soyons attentifs

L'hospitalisation est le poste qui pèse le plus lourd dans les dépenses des Français. L'Assurance maladie rembourse 80% des frais d'hospitalisation. Les 20% restant sont assumés par le patient et/ou sa complémentaire santé, s'il en possède une.

A cela s'ajoute le forfait journalier de 18€ pour l'hébergement et la participation forfaitaire facturée sur des actes dont le tarif est supérieur à 120€. Si une personne n'est pas couverte par une assurance complémentaire, les restants à charge peuvent s'élever à plusieurs centaines d'€ par jour.

Des dépassements fréquents

Les dépassements d'honoraires -sommes facturées en plus du tarif conventionné de la SS- constituent un autre poste possible de reste à charge lors d'une hospitalisation.

Ils sont beaucoup plus fréquents dans les cliniques privées que dans les hôpitaux publics. L'activité de ces praticiens génère chaque année environ 70 millions d'€ de dépassements dans le public contre 700 à 800 millions d'€ dans le privé.

Sur le site de l'Assurance Maladie (www.ameli.fr à la rubrique ameli-direct) on trouve les tarifs les plus fréquents d'une grande partie des médecins. Une information importante pour le patient vérifie son reste à charge.

A noter que depuis le 1^{er} avril, la plupart des complémentaires ne peuvent proposer un remboursement des dépassements supérieur à 125% du tarif de la Sécurité Sociale. Cela passera à 100% à partir de 2017.

De nombreux suppléments non pris en charge

Il reste le cas particulier des prestations « pour exigence particulière du patient ». On peut citer pour des raisons de confort la chambre particulière, la mise à disposition de la télévision, d'un téléphone.

Pour ce qui est du domaine médical, c'est le cas de la chirurgie esthétique ou encore l'utilisation de dispositifs médicaux non pris en charge par l'Assurance Maladie, par exemple les implants multifocaux proposés aux patients presbytes lors d'une chirurgie de la cataracte. Le surcoût peut atteindre plusieurs centaines d'€ par œil.

Bien que ces prestations ne soient pas couvertes par l'Assurance Maladie, elles peuvent être supportées totalement ou partiellement par votre complémentaire santé.

Elles ne peuvent être réalisées qu'à la demande du patient. C'est-à-dire que les établissements sont tenus de recueillir un consentement écrit et de remettre un devis en amont de l'hospitalisation.

En début d'année, le Ministère de la Santé a rappelé, avec insistance, cette condition aux chefs des établissements. Il semblerait que de nombreux abus ont été constatés ces derniers temps.

Arnaud Faucon
INDECOSA-Cgt Paris

