

Clinique de Flandre

COUDEKERQUE-BRANCHE

Tarifs des soins & suppléments

Les tarifs des différents suppléments sont affichés aux admissions et dans chaque chambre.

À LA SORTIE

Une facture regroupant l'ensemble des frais vous sera remise indiquant la participation de la caisse et de la mutuelle ainsi que les frais laissés à votre charge (lits et repas accompagnant, téléphone, télévision...).

N'oubliez pas de vous munir d'un moyen de paiement (chèque, espèces, ou carte bancaire). L'établissement est tenu de procéder à la facturation du forfait journalier pour tout patient hospitalisé. Dès lors qu'au moins un prix de journée est facturé, le nombre de forfaits journaliers facturables est égal au nombre de fois où le patient est présent à 0 heures, augmenté du forfait correspondant au jour de sortie, sauf en cas de transfert vers un autre établissement de santé ou médico-social. Dans les conditions évoquées ci-dessus, le forfait journalier est donc dû le jour de sortie. Si le médecin estime que votre état de santé exige votre transport à domicile par une ambulance, vous devez lui demander un certificat médical en attestant la nécessité (obligatoire pour le remboursement de la Sécurité sociale). Le choix de l'ambulance est laissé à votre discrétion.

LES FRAIS D'HOSPITALISATION COMPRENENT :

- les frais de séjour
- le forfait journalier
- la participation forfaitaire

et éventuellement :

- des suppléments d'honoraires médicaux pour les praticiens qui exercent en secteur 2
- la demande de prestations pour exigence particulière du patient (chambre particulière, télévision, forfait parcours patient...).

LES FRAIS DE SÉJOUR

Si vous êtes assuré social, soit les frais de séjour sont pris en charge à 80 %, les 20 % restants (ticket modérateur) sont à votre charge ou à celle de votre mutuelle pendant les 30 premiers jours de votre hospitalisation. Soit les frais de séjour sont pris en charge à 100 % : c'est le cas si vous relevez d'une situation d'exonération du ticket modérateur.

Les principaux cas étant les suivants :

- pour les interventions chirurgicales dont le tarif est supérieur à 120 €,
- lorsque votre séjour dépasse 30 jours,
- dans le cadre d'une hospitalisation suite à un accident du travail,
- pour les personnes atteintes de l'une des 30 maladies répertoriées comme longues et coûteuses,
- pour les personnes handicapées, invalides et les anciens combattants.

Si vous n'êtes pas assuré social, ou si votre intervention ne relève pas de la nomenclature générale des actes professionnels, vous êtes redevable de la totalité des frais. Si vous bénéficiez d'une assurance, une caution vous sera demandée en attente de

paiement par votre assurance ou par vous-même.

LE FORFAIT JOURNALIER

Les personnes hospitalisées doivent régler le montant du forfait journalier qui correspond à une contribution minimale représentant les dépenses que le patient aurait normalement supportées qu'il soit ou non hospitalisé.

En sont exonérés les malades dont l'hospitalisation est imputable à un accident du travail ou une maladie professionnelle, les bénéficiaires de l'assurance maternité, les nouveaux nés de moins de 30 jours, les bénéficiaires de l'article 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

LES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES

Les praticiens qui assurent vos soins peuvent avoir opté pour le secteur

conventionnel à honoraires libres (secteur 2).

Dans ce cas, ils sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires dont ils vous ont préalablement informés.

PARTICIPATION FORFAITAIRE

Depuis le 1^{er} septembre 2006, une participation forfaitaire de 18 euros est demandée aux assurés pour les actes chirurgicaux et médicaux ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros, que ce soit en hospitalisation ou en ambulatoire.

Certains types d'actes (radiographies, imagerie par résonance magnétique, scanographies) et les frais de transport d'urgence sont exemptés de ce forfait. Certaines catégories d'assurés (patients atteints d'affections de longue durée, femmes enceintes...) en sont exemptées. En général, ce forfait est pris en charge par les mutuelles.

DEMANDE DE PRESTATIONS POUR EXIGENCE PARTICULIÈRE DU PATIENT

À votre demande, la clinique peut vous fournir diverses prestations qui restent à votre charge et/ou à la charge de votre mutuelle (chambre particulière, télévision, téléphone...). Nous vous indiquons ci-après le tarif des principales prestations (au 01.01.2017). Le bureau d'accueil est à votre disposition pour de plus amples renseignements (par exemples les services d'un coiffeur, d'une pédicure, la fourniture de boissons...).

Chambre Particulière

• Hospitalisation

Offre Confort	74 €/jour
Offre Premium	82 €/jour
Offre Platinium	89 €/jour
Offre Prestige	99 €/jour
• Ambulatoire	74 €

Chambre double

Offre TV Premium	11 €/jour
Offre TV Divertissement ...	15 €/jour
Caution télécommande	30 €

Options à la carte

Kit Toilette	8 €
Repas accompagnant	12 €
Forfait Lit accompagnant	
+ petit déjeuner	25 €

Les prestations hôtelières complémentaires et forfaits

Forfait journalier	18 €/jour
Forfait parcours patient*	10,80 €
Forfait Confort Ambulatoire	25 €
Location téléphone	1,50 €/jour

* En contrepartie, notamment, des démarches suivantes :

- en amont de votre hospitalisation, les demandes préalables de prise en charge auprès des mutuelles, le tiers payant...
- en aval de votre hospitalisation, l'organisation des transferts vers votre domicile ou vers d'autres structures d'accueil, les réservations de transport, la liaison avec les services de soins à domicile...