

Être soigné
à l'hôpital,
**combien
ça coûte ?**

tarifs





En urgence,
en consultation,
en hospitalisation,
que payerez-vous ?

Quels frais seront
ou non pris en
charge par la
Sécurité sociale ?

En effet, l'hôpital
n'est pas gratuit !

- Quelle que soit votre situation, **un interlocuteur pourra vous aider à l'hôpital** dans vos démarches pour la prise en charge de vos frais de santé.
- **N'hésitez pas non plus à nous interroger pour toutes précisions sur le décompte des frais.**



1

Combien ça coûte ?

- **En consultation, en hospitalisation et aux urgences,** voici quelques exemples de tarifs au sein de l'AP-HP...

page 3

2

Qui paye quoi ?

- **Paiement des frais médicaux :** prise en charge en tout ou partie par la Sécurité sociale, participation forfaitaire et/ou forfait journalier à la charge du patient, exonérations, toutes les réponses à vos questions...

page 5

3

Comment et quand payer ?

- **À la suite d'une consultation, d'un examen ou d'une hospitalisation,** toutes les informations sur les conditions de paiement...

page 11



1.

Combien ça coûte ?





À chaque soin ou examen

(analyses de sang, radiologie, etc.) réalisé à l'hôpital, que ce soit **en consultation**, **aux urgences** ou **en hospitalisation**, correspond un tarif.

Par exemple (tarifs juin 2010) :

→ Consultation de médecine générale :	22 €
→ Consultation de médecine spécialisée :	23 €
→ Urgences : les tarifs sont variables selon les jours et les heures :	
• Urgences de jour :	tarif de la consultation
• Urgences de nuit (entre 20 h et 8 h, dimanche et jours fériés) :	tarifs majorés
Un forfait accueil et traitement des urgences (ATU) de 25,28 € s'ajoute pour chaque passage non suivi d'hospitalisation quelque soit le jour et l'heure.	
→ Hospitalisation en court séjour en médecine :	781,52 € par jour
→ IRM du thorax :	240,40 €
→ Scanner du thorax :	125,78 €

Ces deux derniers tarifs peuvent être différents notamment selon les types d'appareils.

2.

Qui paye
quoi ?





Si vous êtes assuré social,

la Sécurité sociale prend en charge partiellement les frais médicaux, que ce soit **en hospitalisation, en consultation ou aux urgences**. Une partie des frais, dénommée « **ticket modérateur** », reste à votre charge.

Néanmoins, certaines catégories de patients (par exemple : les suites d'accident du travail, les patients atteints d'une affection de longue durée ou « ALD », les séjours maternité) **ou certains actes** (comme les vaccinations obligatoires, les actes d'assistance médicale à la procréation) **sont pris en charge à 100 %**.

Pour les actes effectués en consultations externes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 €, et les hospitalisations comportant un acte dont le tarif est égal ou supérieur à 91 €, vous serez pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Vous devrez toutefois payer **une participation forfaitaire de 18 €**.

➔ **De même, il existe quelques cas d'exonération comme par exemple :**

- le suivi de la grossesse à partir du 6^{ème} mois ;
- le séjour maternité ;
- les soins aux nouveau-nés dans le premier mois de naissance ;
- les affections de longue durée ;
- les suites d'accident du travail ou de maladies professionnelles ;
- les actes concernant les personnes âgées titulaires de l'allocation de solidarité.

Par ailleurs, si vous êtes hospitalisé pour une période inférieure à 30 jours, la Sécurité sociale prend en charge 80 % de vos frais d'hospitalisation. Les 20 % restants peuvent être pris en charge par votre mutuelle si vous en avez une.

suite au verso





À partir du **31^{ème} jour d'hospitalisation**, votre séjour est pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale quelle que soit la durée du séjour. Un « **forfait journalier** » de 18 € (en médecine, chirurgie, obstétrique, et en soins de suite et de réadaptation) ou 13,50 € (en psychiatrie) vous sera facturé par jour de présence, y compris le jour de sortie. Il correspond à une participation financière aux prestations hôtelières et s'applique à toutes les hospitalisations sauf certains cas d'exonérations : femmes enceintes, nouveau-nés, victimes d'accident du travail, patients suivis en hospitalisation à domicile et en hospitalisation de jour. Ce forfait journalier peut être pris en charge par certaines mutuelles, pour tout ou partie. Par ailleurs, le forfait journalier n'est pas facturé en plus du ticket modérateur, car il en fait déjà partie.

Lorsque vous venez **en consultation**, la prise en charge par la Sécurité sociale est variable selon le type d'actes réalisés et selon la spécialité médicale. Elle varie entre 60 % et 100 %.

→ **Ce qui reste à votre charge comprend aussi :**

- **Une participation forfaitaire de 1 €** est appliquée à tout patient âgé de plus de 18 ans, pour les consultations ou actes réalisés par un médecin, ainsi que pour les examens radiologiques ou analyses biologiques.
- **Une franchise médicale de 2 €** est également à votre charge pour les transports sanitaires privés.

La franchise médicale et la participation forfaitaire sont directement déduites des remboursements effectués par votre caisse de Sécurité sociale et non par l'hôpital. Elles ne peuvent dépasser 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés. Ce même seuil est également appliqué pour les transports sanitaires privés. Il existe donc deux plafonds annuels de 50 €.



Si vous n'avez pas de couverture sociale, vous paierez la totalité de vos frais médicaux à l'hôpital.

- En fonction de votre situation, **un interlocuteur privilégié** (au sein du service des traitements externes et frais de séjour, ou du service social) **est à votre disposition** pour vous orienter et vous donner toute information sur vos droits et les aides que vous pouvez recevoir.

INFOS UTILES...

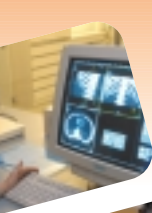
Parcours de soins coordonné dans le cadre des consultations :

La prise en charge de vos frais médicaux par la Sécurité sociale peut varier selon que vous vous trouvez ou non dans le parcours de soins.

- **Vous êtes dans le parcours de soins** lorsque vous consultez votre médecin traitant, son remplaçant ou un médecin sur orientation de votre médecin traitant. Dans certains cas, même si vous ne consultez pas votre médecin traitant, vous restez dans le parcours de soins :
 - en cas d'éloignement géographique ou d'urgence,
 - lorsque vous accédez directement à certains spécialistes comme par exemple votre ophtalmologue, gynécologue,
 - lorsque vous consultez un psychiatre, si vous avez entre 16 et 25 ans,
 - en cas d'affections de longue durée lorsque le protocole de soins le prévoit.
- **Vous êtes hors parcours de soins** lorsque vous n'avez pas déclaré votre médecin traitant ou que, sans passer par ce dernier, vous avez consulté un autre médecin. La prise en charge par la Sécurité sociale est de 30 % au lieu de 70 %, et dans ce cas le tarif est majoré.

Communication du dossier médical :

Seuls les frais de photocopies vous seront facturés, ainsi que les frais de port si vous demandez l'envoi postal de votre dossier. Le prix de référence est de 0,18 € maximum par page de format A4 en impression noir et blanc.



INFOS UTILES...

Les accompagnants :

Si vous êtes hospitalisé, vous pouvez demander à ce que l'un de vos proches reste auprès de vous. À chaque fois que cela est possible, un lit sera mis à sa disposition et des repas lui seront fournis. Ces prestations sont facturées sur la base d'un tarif forfaitaire (ex. : 17,06 € pour deux repas ; 3,67 € pour le petit déjeuner ; 32,50 € pour une nuit dans une chambre).

En cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans, d'un malade en fin de vie ou d'une personne présentant un handicap sévère, la mise à disposition d'un lit d'accompagnant dans la chambre du patient est gratuite. En revanche, les repas restent à la charge des accompagnants.

Les transports sanitaires :

Vous pouvez faire appel aux ambulances privées de votre choix au moment de votre sortie. La Sécurité sociale prend uniquement en charge les transports sanitaires prescrits par un médecin. Pour le remboursement des frais, elle impose, dans certains cas (par ex. une distance supérieure à 150 km), un accord préalable de la caisse d'Assurance Maladie. Ce transport peut parfois être effectué par taxi, mais attention, celui-ci doit être conventionné par l'Assurance Maladie. Le taux de prise en charge est de 65 %.

Téléphone-Télévision :

Des prestataires privés peuvent mettre à votre disposition, à vos frais, un téléphone et une télévision. Certaines mutuelles les prennent en charge.

3.

Comment
et quand
payer ?



Si vous êtes assuré social, pour la prise en charge financière de vos soins par la Sécurité sociale, et le cas échéant par votre mutuelle, il vous faudra présenter votre **carte Vitale en cours de validité** et votre carte de mutuelle si vous en avez une.

La carte Vitale, que vous devez présenter à tous les professionnels de santé, permet de faire valoir vos droits d'assuré social et contient toutes les informations administratives nécessaires aux remboursements.

Le paiement s'effectue **avant la consultation ou immédiatement après**, à la caisse de l'hôpital, par tout moyen de votre choix : carte bancaire, espèces, chèque. **À la fin de votre hospitalisation**, il vous est demandé de vous rendre au service des frais de séjour afin de régler les sommes restant à votre charge.

N'oubliez pas de payer, cela vous évitera un rappel de la Trésorerie générale de l'AP-HP, voire des poursuites.

→ **En cas de ressources insuffisantes**

Des « PASS » (Permanences d'accès aux soins) sont implantées dans nos hôpitaux de court séjour. Elles facilitent l'accès des personnes démunies aux soins hospitaliers et permettent de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Si nécessaire, la prise en charge des examens et des soins est assurée. Dans certains cas, des traitements sont délivrés gratuitement.

La CMU (Couverture maladie universelle) et **la CMUc (Couverture maladie universelle complémentaire)** permettent de faciliter l'accès aux soins et aux médicaments, à toute personne résidant en France depuis plus de 3 mois de manière régulière, non déjà couverte par un régime de Sécurité sociale (pour la CMU) et sous certaines conditions de ressources (pour la CMUc).



L'AME (Aide médicale d'État) s'adresse aux étrangers en situation irrégulière depuis plus de 3 mois (sauf pour les mineurs qui sont pris en charge sans ce délai) et leur permet d'accéder à la prévention et aux soins.

→ **Activité privée à l'hôpital**

Certains médecins sont autorisés à exercer à titre libéral au sein de l'hôpital, en dehors de leur activité de service public et dans des conditions strictement réglementées. Si vous souhaitez être soigné dans ce cadre, vous devez l'exprimer par écrit. Les médecins devront vous informer de façon complète, précise et avant tout commencement des soins, des conséquences de ce choix, notamment en ce qui concerne le montant des honoraires qui vous seront demandés. Un devis doit vous être préalablement remis lorsque les honoraires sont supérieurs à 70 €.

→ **ALD (Affection de longue durée)**

L'ALD correspond aux maladies graves et/ou chroniques pour lesquelles la Sécurité sociale assure une prise en charge à 100 % de tous les traitements qui s'y rapportent sauf le forfait journalier. Il s'agit par exemple de la maladie d'Alzheimer, du diabète, de la sclérose en plaques, des maladies coronaires, ...

À SAVOIR...

Hospitalisation en Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et en Unité Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (UHPAD) :

Au sein de ces unités, pour les personnes âgées de 60 ans et plus, les frais d'hospitalisation se décomposent en 3 forfaits :

- **Un forfait hébergement** : 77,21 € par jour en chambre simple et 72,27 € en chambre double.
- **Un forfait dépendance** : de 6,19 € à 23,04 € par jour.
- **Un forfait soins** : de 19,39 € à 112,09 € par jour.

Des tarifs spécifiques sont fixés pour les personnes âgées de moins de 60 ans.

Pour en savoir plus, une brochure est à votre disposition :
« Personnes âgées : Accueil, soins et accompagnement ».

Pour aller plus loin :
www.aphp.fr
www.ameli.fr