

# Hospitalisation, mode d'emploi



En cas d'hospitalisation programmée ou imprévue, quel établissement de santé choisir ? Public ou privé ? Quelle va être votre prise en charge ? Quelles démarches effectuer ? Autant de questions pour lesquelles votre mutuelle Mip vous accompagne.

## Une hospitalisation en secteur public ou privé ?

Pour votre hospitalisation, vous êtes libre de choisir un hôpital public ou une clinique privée. Tant que l'établissement privé est conventionné, les remboursements de l'Assurance maladie seront les mêmes. La différence de la prise en charge se fera au niveau du montant des dépassements d'honoraires et du prix de la chambre particulière parfois pratiqués en clinique.

En ce qui concerne les établissements privés non conventionnés, très rares en France, vous devrez régler la quasi-totalité des

frais de séjour lors de votre hospitalisation et, dans ce cas, la facture pourrait être très onéreuse.

Alors qu'ils sont de plus en plus pratiqués par nos professionnels de santé, il est important d'avoir quelques notions sur les dépassements d'honoraires.

Le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) concerne le contrat signé entre l'Assurance maladie et les médecins conventionnés exerçant en secteur 2. L'OPTAM-CO (anciennement CAS), quant à lui, est réservé aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie obstétrique. L'OPTAM et l'OPTAM-CO permettent aux médecins du secteur 2 de bénéficier de tarifs majorés pour leurs actes, à condition de respecter un taux global de dépassement d'honoraires moyen, défini et limité. Ce dispositif répond à la maîtrise des dépenses de santé : la réduction du reste à charge pour les patients, la maîtrise des déficits de l'Assurance maladie. Un avantage certain ! Il vous assure un meilleur niveau de prise en charge de vos consultations chez un médecin de secteur 2 par votre complémentaire santé.

## RENSEIGNEZ-VOUS AVANT DE CONSULTER !

L'OPTAM et l'OPTAM-CO ont été créées pour vous garantir des soins accessibles et un meilleur remboursement des dépassements d'honoraires. Vérifiez si les praticiens de santé que vous consultez sont adhérents sur : [Annuaire.sante.ameli.fr](http://Annuaire.sante.ameli.fr)



**IMPORTANT :** Si vous consultez un professionnel de santé signataire OPTAM ou OPTAM-CO, le remboursement des dépassements d'honoraires par votre mutuelle sera pris en charge intégralement ou en partie, selon les garanties du contrat souscrit. En revanche, si le médecin n'est pas adhérent à ce dispositif, le remboursement des dépassements d'honoraires sera plafonné.





## À RETENIR

- Remboursement Mip selon la garantie santé souscrite et la nature de l'hospitalisation : frais de séjour restants (si applicable) + la chambre particulière + le forfait journalier + tout ou partie des dépassements d'honoraires + les frais d'accompagnement.
- Pour connaître les taux de remboursement et les conditions de prise en charge : grille de garanties disponible dans votre espace privé sur [www.mutuelle-mip.fr](http://www.mutuelle-mip.fr) (rubrique « Mes garanties »).

### Pour quelles dépenses puis-je être remboursé ?

Lors d'une hospitalisation en « médecine », l'Assurance maladie prend en charge 80 % des frais de séjour pour une hospitalisation dans un hôpital public ou en clinique privée conventionnée (sauf cas particuliers) et 100 % en cas d'hospitalisation chirurgicale. Elle prend également à sa charge une partie des soins réalisés avant ou après une hospitalisation. Vous serez, par exemple, remboursé à 70 % lors d'une consultation chez un anesthésiste avant une opération et à 60 % si vous avez besoin de séances de rééducation après une intervention chirurgicale. Le forfait hospitalier reste à votre charge, sauf si vous remplissez les conditions d'exonération.

### Que se passe-t-il si je dois être hospitalisé en urgence ?

Hospitalisation en urgence ou programmée, la facturation et les conditions de prise en charge restent les mêmes.

- Si vous sortez des urgences sans hospitalisation : depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, votre passage dans un service d'urgences non suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie donne lieu au règlement d'une participation forfaitaire dénommée « forfait patient urgences » (FPU). Le FPU remplace le forfait d'accueil et de traitement des urgences (ATU) et le ticket modérateur. Il est remboursé intégralement par votre mutuelle Mip. Vous réglez le ticket modérateur, c'est-à-dire le reste à charge, et vous adressez la facture détaillée et acquittée à la mutuelle pour être remboursé.
- Si vous êtes hospitalisé : vos frais médicaux seront pris en charge de la même façon que si l'hospitalisation avait été programmée.

### Quelles démarches dois-je effectuer ?

Pour éviter l'avance de certains frais (forfait journalier, chambre particulière, frais de séjour, franchise à 18 €), demandez une prise en charge à votre mutuelle préalablement à votre hospitalisation.

En règle générale, l'hôpital ou la clinique où vous êtes hospitalisé fait directement la demande de prise en charge auprès de votre mutuelle, grâce à votre carte de tiers payant Mip.

Si l'établissement ne prend pas en charge cette demande, vous pouvez l'effectuer directement dans votre espace privé sur [www.mutuelle-mip.fr](http://www.mutuelle-mip.fr) (rubrique « Mes demandes » et « Demande de prise en charge hospitalière »). Il faudra indiquer les renseignements suivants : date d'entrée dans l'établissement, DMT (discipline médico tarifaire), coordonnées de l'établissement ou code Finess, tarif si vous souhaitez une chambre particulière et fax de l'établissement ou courriel. La prise en charge sera directement transmise à l'établissement.

Dans le cadre d'une hospitalisation en ambulatoire, Mip ne délivre aucune prise en charge. Vous devez simplement présenter votre carte de tiers payant Mip, sur laquelle est précisée « ambulatoire sans prise en charge, limitée au TM (ticket modérateur) et à la franchise ».

### Comment valider votre prise en charge et être remboursé ?

Une fois votre prise en charge validée, l'établissement de santé est remboursé directement pour les frais de séjour, la chambre particulière et le forfait journalier à hauteur de la prise en charge de votre garantie Mip. Dès votre sortie d'hospitalisation, adressez-nous le bordereau de facturation acquitté que vous remettra l'établissement hospitalier. Ce document mentionne la totalité des honoraires, la codification des actes chirurgicaux ainsi que la base de remboursement de la Sécurité sociale. Si vous devez régler des dépassements d'honoraires : adressez-nous la facture acquittée du praticien (chirurgien, anesthésiste, etc.) ainsi que le bordereau de facturation détaillé de l'établissement hospitalier.

### Les hôtels hospitaliers : une alternative à l'hospitalisation complète ?

Sous le nom officiel d'hôtels hospitaliers et après une phase d'expérimentation de quatre ans dans une quarantaine d'établissements de santé, le dispositif d'hébergement temporaire non médicalisé est entré en phase de généralisation.







## CONSEILS MIP

Avant votre hospitalisation et pour éviter toute surprise lors de la facturation de l'établissement et du remboursement de votre mutuelle :

- renseignez-vous sur le type d'établissement,
- demandez à vos professionnels de santé (chirurgien et anesthésiste) d'établir un devis sur les dépassements d'honoraires pratiqués,
- transmettez à Mip directement vos devis pour recevoir une estimation de vos remboursements sur [www.mutuelle-mip.fr](http://www.mutuelle-mip.fr) (rubrique « Mes demandes » puis « Demande de devis »).

Ce dispositif est l'une des mesures du Ségur de la santé, venant en application de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2021. Les objectifs de ce dispositif ? Améliorer l'accès aux soins et fluidifier les séjours hospitaliers.

### • De quoi s'agit-il ?

Il s'agit de proposer au patient, dans le cadre de son parcours de soins, un hébergement non médicalisé à l'hôpital même ou à proximité, sous certaines conditions. Cet hébergement peut être proposé dans le cadre d'un traitement qui ne nécessite pas d'hospitalisation, ou pour des soins en ambulatoire, lorsque le patient vient de loin.

Pour un accueil en hôtel hospitalier, certains critères sont à respecter :

- l'hébergement doit être prescrit par un professionnel de santé,
- il doit être prévu en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins,
- il est destiné aux personnes qui résident loin de l'établissement ou ne bénéficiant pas de solution d'accessibilité,
- il peut aussi être proposé en cas d'isolement géographique ou social, lorsque le patient n'est pas autonome dans ses déplacements ou son quotidien, ou qu'il n'a pas d'accompagnateur,
- un maximum de 3 nuits consécutives sans acte ou prestation assuré par l'établissement de santé dont relève le praticien prescripteur,
- un maximum de 21 nuits en totalité par patient, séjour hospitalier exclu. Cette limite ne s'applique pas aux patients

qui arrivent d'Outre-mer ou qui suivent un traitement en radiothérapie ou en chimiothérapie.

### • Profil et soins du patient

Il s'agit d'une personne autonome ou pouvant être accompagnée, dont l'état de santé ne justifie pas une surveillance médicale ou paramédicale continue, une hospitalisation à domicile ou une installation médicale technique lourde, mais nécessite des soins itératifs ou spécifiques pendant une certaine durée, et dont le maintien à proximité de l'établissement de santé est nécessaire.

### • Fin 2022 : évaluation par la DGOS

Une évaluation sera effectuée fin 2022 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). En attendant, jusqu'au 31 décembre 2023, les établissements de santé bénéficient d'un financement par l'Assurance maladie sous la forme d'un forfait à la nuitée d'hébergement temporaire non médicalisé.

## VOTRE MUTUELLE MIP SOUTIEN SES ADHÉRENTS 24 H/24, 7 J/7

Le saviez-vous ? Dans le cadre d'une hospitalisation imprévue ou si vous êtes immobilisé à domicile pendant plusieurs jours, votre garantie santé Mip vous permet de bénéficier de Mip assistance, l'assistance d'urgence à domicile. Vous pouvez notamment bénéficier de services à la personne pour faire face à l'imprévu, comme une aide-ménagère, et d'aide et de conseils pour les situations de la vie courante. Mip Assistance intervient en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 4 jours, d'accident ou décès d'un bénéficiaire ou de ses ayants droit (conjoint ou concubin, enfants de moins de 25 ans et ascendants fiscalement à charge et vivant habituellement sous le même toit) dont le lieu de résidence principale et habituelle est situé en France ou à Monaco.

Pour en bénéficier, vous devez :

- appeler directement Mip Assistance (numéro au verso de votre carte tiers payant),
- obtenir impérativement son accord avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- se conformer aux solutions de Mip Assistance,
- fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé. En cas de fausse déclaration, Mip Assistance se réserve le droit de prendre toutes les dispositions relatives à ses obligations pour les contrats en cours et, le cas échéant, d'en refuser le remboursement.

Mip Assistance intervient exclusivement dans les cas d'urgence et sur une durée contractuellement définie. Il ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Les modalités d'intervention de Mip Assistance sont disponibles sur [www.mutuelle-mip.fr](http://www.mutuelle-mip.fr)

