

Clinique Villette

DUNKERQUE

Tarifs des soins & suppléments

Janvier 2017

LES FRAIS D'HOSPITALISATION

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

LES FRAIS DE SÉJOUR

Si vous êtes assuré social :

1) 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.

2) 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.
- pour les personnes atteintes de l'une des 30 maladies répertoriées comme longues et coûteuses.
- lorsque vous êtes hospitalisée en maternité (12 jours pour l'accouchement).
- pour les personnes handicapées, invalides et les anciens combattants.

Si vous n'êtes pas assuré social

ou si votre intervention n'est pas admise au remboursement, vous êtes redevable de la totalité des frais. Un acompte vous sera demandé à l'entrée selon le devis fourni par votre praticien et validé par vos soins.

Remarque : si vous n'habitez pas le département, votre organisme de Sécurité sociale peut imposer le tarif de l'établissement le plus proche de votre domicile, même si vous êtes pris en charge à 100 %. Dans ce cas, la différence sera à votre charge.

LE FORFAIT JOURNALIER

Vous devrez 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. Ce forfait, dont le montant au 01/01/2016 est de 18 euros, est demandé pour le compte de la Sécurité sociale.

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 bénéficiaires de l'article 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

PARTICIPATION FORFAITAIRE

Depuis le 1^{er} septembre 2006, à la demande de la Sécurité sociale, une participation forfaitaire de 18 euros, est demandée aux assurés pour les actes chirurgicaux et médicaux 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 exemptés. En général, ce forfait est pris en charge par les mutuelles.

LES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES

Les praticiens qui assurent vos soins peuvent effectuer des dépassements d'honoraires. Dans ce cas, ils vous en ont préalablement informé.

Vous devez valider avec votre mutuelle, la prise en charge de ces suppléments.

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.

Chambre Particulière

• Hospitalisation

Offre Confort	74 €/jour
Offre Premium	82 €/jour
Offre Platinum	89 €/jour
Offre Prestige	99 €/jour
Maternité Suite Confort	129 €/jour
• Ambulatoire	74 €

Chambre double

Offre TV Classique	7 €/jour
Offre TV Premium	11 €/jour
Offre TV Divertissement	15 €/jour

Les prestations hôtelières complémentaires et forfaits

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

Options à la carte

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

Le montant, la prise en charge et les règlements des frais de consultations : les consultations sont à régler directement aux praticiens à l'issue de celles-ci. Nous vous conseillons de contacter votre mutuelle complémentaire car certaines prestations peuvent être prises en charge selon votre niveau de garantie.

* 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...