

## Hospitalisation

---

Fiche pratique sur la procédure, les taux de remboursement et les cas spéciaux.

Le terme "hospitalisation" est large et couvre de nombreux traitements. La réglementation définit une hospitalisation comme étant un séjour dans un hôpital ou une clinique pour :

- le traitement d'affections médicales ou d'interventions chirurgicales,
- un accouchement (voir la [fiche pratique séparée](#)),
- la revalidation ou la rééducation fonctionnelle faisant suite à une affection médicale ou une intervention chirurgicale invalidante, (à ne pas confondre avec la [cure de convalescence](#))
- le traitement d'affections psychiatriques,
- des soins palliatifs.

### **Etape 1 : demander une autorisation préalable**

Sauf en cas d'urgence, vous devez soumettre une demande d'[autorisation préalable](#) avant le début des séjours repris dans cette liste :

- les séjours d'une durée de + de 6 mois,
- les séjours d'une durée de + de 12 mois en hôpital psychiatrique,
- les séjours de revalidation/rééducation, de + de 2 mois, faisant suite à une hospitalisation / intervention chirurgicale invalidante,
- les séjours liés à une intervention de chirurgie plastique,
- les séjours dans une clinique spécialisée dans le dépistage et le diagnostic,
- les séjours de revalidation/rééducation ne suivant pas une hospitalisation.

Soumettez le **rapport médical** établissant la cause de l'hospitalisation et la méthode thérapeutique proposée pour le traitement sur [MyPMO](#) ou [RCAM en ligne](#).

Si vous n'avez pas accès à [MyPMO](#) ou [RCAM en ligne](#), vous pouvez envoyer les documents et le [formulaire de demande d'autorisation préalable](#) par la poste. N'oubliez pas de joindre tous les documents originaux nécessaires (gardez-en une copie chez vous). Envoyez le tout au bureau liquidateur (l'adresse se trouve sur le formulaire).

### **Etape 2 : demander une prise en charge**

Vous pouvez demander une [prise en charge](#), qui permettra à l'hôpital d'envoyer ses factures directement au bureau liquidateur.

La demande de prise en charge doit se faire dans les 60 jours avant l'hospitalisation. En cas d'hospitalisation d'urgence, faites la demande de prise en charge dès que possible.

**Attention !** La prise en charge n'est pas possible pour les bénéficiaires de la couverture en [complémentarité](#).

### **Etape 3 : recevoir un décompte**

Après l'hospitalisation, le bureau liquidateur vous enverra le décompte des frais, que vous pourrez consulter sur [MyPMO](#) ou [RCAM en ligne](#).

**Vous avez payé des factures vous-même?** Vous pouvez [demander un remboursement](#), en joignant les **factures des prestations de soins** fournies au cours de votre hospitalisation et un **rapport médical détaillé**.

### **Conditions de remboursement**

Ne sont **pas remboursés**, les séjours :

- dans un établissement ne disposant pas d'une infrastructure médico-technique et logistique pluridisciplinaire,
- en habitation protégée, appartement supervisé ou résidence de service ne disposant pas d'une infrastructure médicale et/ou paramédicale,
- dans un hôpital, une clinique ou tout autre type d'établissement pour remise en forme ou traitement de rajeunissement.

Cependant, **les frais d'accompagnement sont remboursables à titre exceptionnel** à hauteur de 85% avec un plafond de 40 € par jour, sur prescription médicale et après autorisation préalable, dans les cas suivants :

- pour un membre de la famille qui accompagne, dans la chambre ou dans l'enceinte de l'établissement de cure, un bénéficiaire qui suit une cure avant son 14ème anniversaire ou qui, compte tenu de l'affection ou d'une autre nécessité médicalement justifiée, a besoin d'une assistance spéciale,
- pour les frais de séjour d'un nourrisson en période d'allaitement qui doit accompagner sa mère en cure.

### **Taux de remboursement**

Hospitalisation médicale ou chirurgicale : remboursement à hauteur de 85% des frais, avec comme plafond **le prix de la chambre particulière la moins chère de l'hôpital.**

Les frais médicaux sont remboursés à hauteur de 100% dans les cas suivants :

- en cas de [maladie grave](#),
- les soins intensifs d'une durée au moins égale à 3 jours consécutifs, même si ce séjour n'est pas directement associé à une maladie grave, et ceci pour la durée totale du séjour en soins intensifs,
- les soins palliatifs dans un établissement hospitalier,
- les hospitalisations prolongées, pour les frais de séjour au-delà de 30 jours consécutifs, après avis du médecin conseil.

### **Accords avec professionnels de la santé et tarifs fixés**

Le PMO a établi [des accords avec des cliniques, hôpitaux et autres prestataires](#) pour fixer les honoraires maximums des praticiens ainsi que les frais de séjour dans les établissements concernés.

Pour le Grand-Duché de Luxembourg, les tarifs des prestations hospitalières dispensées au sein des hôpitaux ont été fixés, hôpital par hôpital, par le gouvernement luxembourgeois et la Caisse Nationale de Santé. Pour 2025, les tarifs sont disponibles sur la page dédiée : [cliquez ici](#).

### Législation et références

- [Réglementation commune](#)
- [Dispositions générales d'exécution \(titre 3, chapitre 4 et 8\)](#)
- [Avis du Conseil médical](#)

### Voir aussi

- [Accords et conventions](#)
- [Demande de prise en charge](#)
- [Suppléments d'honoraires](#)
- [MyPMO et RCAM en ligne](#)