A.R. 28-06-2011

| | | |
|---|---|---|
| SARE Clinique Ste-Anne St-Remi Kliniek ASBL-VZW | ETIQUETTE DU PATIENT | **CHIREC**<br>**Site Ste Anne-St Remi**<br>Bd. Jules Graindor, 66<br>1070 - BRUXELLES<br><br>710-723-93-000 |

# ***DECLARATION D'ADMISSION POUR ADMISSION EN HOPITAL DE JOUR :***

## *CHOIX DE CHAMBRE ET CONDITIONS FINANCIERES*

### 1. Suppléments de chambre - suppléments d'honoraires - acomptes

**J'ai pris connaissance des conditions financières et souhaite être hospitalisé et soigné**

☐ **SOIT au tarif de l'engagement (SANS suppléments d'honoraires). (1)**
***J'accepte que le libre choix de mon médecin soit de ce fait limité et*** **je choisis le tarif applicable à :**

☐ *une chambre commune sans supplément de chambre*

☐ *une chambre à deux lits sans supplément de chambre* ***(5)***

**L'hôpital peut me demander un acompte égal au maximum du supplément de chambre. (4)**

☐ **SOIT suivant les différents statuts des médecins (AVEC éventuellement suppléments d'honoraires) et je choisis le tarif applicable à:**

☐ *une chambre commune sans supplément de chambre*

*Je sais que les* ***médecins non-conventionnés*** *peuvent me demander un supplément d'honoraires de* ***maximum 300 % et 400 %*** *pour les honoraires de surveillance). (2), (3), (5)*

☐ *une chambre à deux lits sans supplément de chambre (5)*

*Je sais que les* ***médecins non-conventionnés*** *peuvent me demander un supplément d'honoraires de* ***maximum 300 % et 400 %*** *pour les honoraires de surveillance). (2), (3), (5).*

☐ *une chambre individuelle*
*avec un supplément de chambre de* ***115,00 € par jour.***

*Je sais que certains médecins peuvent me demander un supplément d'honoraires de* ***maximum 300 % et 400 %*** *pour les honoraires de surveillance). (2), (3), (5).*

**L'hôpital peut me demander un acompte égal au maximum du supplément de chambre. (4).**

### 2. Droit d'information

☐ Je sais que j'ai le droit d'obtenir des informations sur les conséquences financières de mon choix et d'être informé par le médecin concerné des coûts qui seront à ma charge pour les traitements médicaux à prévoir. **Je suis également conscient(e) que certains coûts ne peuvent être prévus dès maintenant.**

☐ Je sais que les montants susmentionnés peuvent être indexés. Dans ce cas, ils pourront être modifiés de plein droit durant la période d'hospitalisation. Je sais également que les tarifs mentionnés sont appliqués sur base du régime légal d'assurance maladie-invalidité auquel j'appartiens. **Si l'admission n'est pas couverte par ce régime, je devrai supporter moi-même les frais de séjour et les frais médicaux, montants qui seront considérablement plus importants.**

☐ Je reconnais **avoir reçu en annexe à cette déclaration d'admission**, un document explicatif relatif à l'application des suppléments de chambre et d'honoraires ainsi qu'un document relatif aux coûts des produits para pharmaceutiques courants et des produits et services divers, fournis dans la Clinique Ste Anne – St Remi.

**Tout renseignement complémentaire ayant trait au séjour** peut être obtenu auprès du service d'Admission aux numéros de téléphone **02/.556.58.00 et 02.556.58.20**.

Fait en 2 exemplaires à ***ANDERLECHT***, ***le ……..- …….. - 2011***

*pour un traitement débutant le ... - ... - **2011** et valable à partir du ... - ... - **2011** à … heure et maximum jusqu'au ... - ... - 20…. (6)*

| **Pour le patient ou son représentant :** | **Pour l'hôpital :** |
|---|---|
| **Prénom, nom du patient ou de son représentant (avec n° de registre national et son adresse).** | **Prénom, nom et qualité.** |

Ces informations d'ordre personnel vous sont demandées par le gestionnaire de l'hôpital en vue du traitement correct de votre dossier et de la facturation de votre séjour à l'hôpital. La Loi du 08-12-1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard du traitement des données à caractère personnel vous permet de consulter vos données et vous donne le droit de les corriger.

## 3. Aperçu des conditions financières prévues par la loi et de celles de l'hôpital

### 3.1 Suppléments de chambre par jour

| Chambre commune | Chambre à deux lits (5) | Chambre individuelle |
|---|---|---|
| Pas de supplément de chambre | Pas de supplément de chambre | 115.00 € |

### 3.2 Suppléments d'honoraires (5)

| | Chambre commune (5) | Chambre à deux lits (5) | Chambre individuelle |
|---|---|---|---|
| **Médecins conventionnés** | 0 % | 0 % | **maximum 300 % et 400 % pour les honoraires de surveillance** |
| **Médecins non-conventionnés** | **maximum 300 % et 400 % pour les honoraires de surveillance** | **maximum 300 % et 400 % pour les honoraires de surveillance** % | **maximum 300 % et 400 % pour les honoraires de surveillance** |

## 4. Explications relatives aux notes en bas de page

**Le patient qui choisit un type de chambre déterminé accepte les conditions financières qui y sont liées en matière de suppléments de chambre et d'honoraires.**

⇨ Si le patient séjourne dans un type de chambre supérieur indépendamment de sa volonté, ce sont les conditions financières du type de chambre qu'il a choisi qui s'appliquent (exemple: chambre à 2 lits choisie, chambre à 1 lit octroyée ⇨ tarif chambre à 2 lits appliqué).

⇨ Si le patient séjourne dans un type de chambre inférieur indépendamment de sa volonté, ce sont les conditions financières du type de chambre dans laquelle il séjourne effectivement qui s'appliquent (exemple: chambre à 1 lit choisie, chambre à 2 lits octroyée ⇨ tarif chambre à 2 lits appliqué).

(1 Tarifs de l'engagement : on applique les honoraires tels qu'ils ont été convenus dans le cadre de la convention médico-mutualiste, donc sans suppléments **d'honoraires.**

(2 La liste reprenant le statut des médecins (conventionnés ou non-conventionnés) peut être consultée sur simple demande.

(3 **Les suppléments d'honoraires seront facturés par l'hôpital ou par le service de perception centrale**. Ne les payez pas directement aux médecins. N'hésitez pas à vous renseigner au sujet du pourcentage de suppléments d'honoraires appliqués par le médecin concerné.

(4 **Le paiement de l'acompte est subordonné à la délivrance d'un reçu.** Le (les) acompte(s) payé(s) sera (seront) déduit(s) du montant global de votre facture.

| | Chambre commune | Chambre à deux lits (5) | Chambre individuelle |
|---|---|---|---|
| **Montant maximum des acomptes** | - | - | ***115.00 €*** |

(5 Certaines catégories sociales sont protégées en matière de suppléments de chambre ou d'honoraires dans certains cas. Pour plus d'information concernant les suppléments de chambre ou d'honoraires : voir document explicatif en annexe.

(6 Pour une série de traitements une déclaration d'admission suffit. En tant que patient vous pouvez modifier votre choix moyennant la signature d'une nouvelle déclaration.

**Pour toute information financière**, nos services sont à votre disposition du **lundi au vendredi de 9h à 12h** au numéro de téléphone **02/556.57.23**.