

CODE-BARRES

IDENTIFICATION  
DU PATIENT  
OU VIGNETTE  
DE LA MUTUELLECentres Hospitaliers Jolimont ASBL  
Rue Ferrer 159  
7100 Haine-St-Paul  
**Hôpital de Jolimont**  
710.146.88**1. Objectif de la déclaration d'admission: permettre de faire des choix en toute connaissance de cause par la communication des informations relatives aux conséquences financières de l'admission**

Toute hospitalisation entraîne des frais. En tant que patient, vous pouvez faire certains choix qui ont une influence considérable sur le prix final de votre séjour à l'hôpital. Ces choix, c'est au moyen de la présente déclaration d'admission que vous les faites. Il est donc très important qu'avant de la compléter et de la signer, vous lisiez minutieusement le document explicatif reçu en même temps. En cas de questions, n'hésitez pas à prendre contact avec **le service des admissions au numéro 064/23.40.05**

**2. Choix de la chambre**

**La possibilité de choisir librement mon médecin n'est en rien limitée par le type de chambre que je choisis.**

Je souhaite être admis et soigné:

sans suppléments d'honoraires et sans suppléments de chambre en :

en chambre commune

en chambre individuelle

avec un supplément de chambre à 85 euros par jour

Je sais qu'en cas d'admission en chambre individuelle, les médecins traitants peuvent facturer **un supplément d'honoraires de maximum 200 %** du tarif légal des prestations médicales

**3. Admission d'un enfant accompagné d'un parent**

Je souhaite que mon enfant, que j'accompagne, soit admis et soigné au tarif légal, **sans supplément de chambre et sans supplément d'honoraires. Je sais que l'admission se fait en chambre commune.**

Je souhaite expressément que mon enfant, que j'accompagne, soit admis et soigné **en chambre individuelle, sans suppléments de chambre.** Je sais qu'en cas d'admission **en chambre individuelle**, les médecins traitants peuvent facturer **un supplément d'honoraires de maximum 200 % du** tarif légal des prestations médicales.

Mes **frais de séjour en tant que parent accompagnant** (notamment lit, repas, boissons,...) **seront à ma charge** au tarif indiqué dans le récapitulatif des prix des biens et services courants.

**4. Acompte**

Je paie ..... euros d'acompte pour mon séjour.

La présente déclaration d'admission signée a valeur de reçu pour l'acompte payé. L'acompte sera déduit du montant total de la facture du patient lors du décompte final.

**5. Conditions de facturation**

**Tous les frais d'hôpital seront facturés par l'hôpital. Ne payez jamais directement au médecin!**

Les factures sont payables au comptant, au compte mentionné et au moyen du bulletin de virement annexé à la facture. Tout retard de paiement entraînera, de plein droit et sans mise en demeure préalable, un intérêt de 10 % à dater du 8<sup>ème</sup> jour de la date d'expédition de la facture. En plus, une majoration de 10 % sera appliquée sur le montant de la facture avec un minimum de 25 €, à titre de dédommagement forfaitaire. Un montant forfaitaire de 5 € sera automatiquement dû en cas d'envoi d'un courrier de rappel.

Chaque patient a le droit d'obtenir des informations sur les conséquences financières d'une hospitalisation et du type de chambre qu'il a choisi. Chaque patient a le droit d'être informé par le médecin concerné des frais qui seront à sa charge pour les traitements médicaux à prévoir.

J'ai reçu, en annexe à la présente déclaration, un document explicatif faisant mention des suppléments de chambre et d'honoraires. Le récapitulatif des prix des biens et services proposés à l'hôpital peut y être consulté. Je sais que tous les frais ne sont pas prévisibles.

Fait en deux exemplaires à Haine-St-Paul, le ...../...../20..... pour une admission débutant le ...../...../20..... et valable à partir du ...../...../20..... à ..... heures.

Pour le patient ou son représentant

prénom, nom du patient ou de son représentant (avec n° de Registre national)

Pour l'hôpital

prénom, nom et qualité