

CODE-BARRES  
DE L'HÔPITAL POUR  
L'ARCHIVAGE ÉLECTRONIQUE  
DU DOCUMENT

IDENTIFICATION  
DU PATIENT  
OU VIGNETTE  
DE LA MUTUELLE

**Asbi CHU HELORA**  
**Hôpital de Jolimont**  
**Rue Samiette 1**  
**1400 NIVELLES**

## 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 admission au numéro 064/23.17.03**

## 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 :**

**chambre commune**

**en chambre individuelle**

avec un supplément de chambre de **89 euros par jour**

Je sais qu'en cas d'admission en chambre individuelle, les médecins traitants peuvent facturer **un supplément d'honoraires de 200 % en chambre à 89 €.**

## 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. En cas de non-paiement à la réception de la facture, le montant dû en principal sera, de plein droit et sans mise en demeure préalable, d'une indemnité forfaitaire équivalente à 15 % du montant du principal, avec un minimum de 35 €. Il sera en outre dû, de plein droit et sans mise en demeure préalable, d'un intérêt de retard de 10 % l'an à compter du huitième jour de l'envoi de la facture jusqu'au jour du parfait paiement. Tous les frais de recouvrement, amiable et judiciaire, en ce compris les frais d'huissiers de justice, seront mis en charge du débiteur défaillant. 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 La Louvière, le ... / ... / ..... pour une admission débutant le ... / ... / ..... et valable à partir du .../... / ..... à ..... heures.

Pour le patient ou son représentant

Prénom, nom du patient ou de son représentant (avec n° de Registre nationale)

Pour l'hôpital

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 30/07/2018 relative à la protection de la vie privée vous autorise à consulter vos données et à les corriger.