

Exclusion de la responsabilité centrale

Je confirme avoir été informé(e) du fait que l'AZ Sint-Maria vzw n'est pas responsable des manquements commis par les praticiens indépendants qui travaillent en son sein, à savoir les médecins, logopèdes, kinésithérapeutes, pédicures, podologues et biologistes cliniques indépendants.

Consentement éclairé

Je confirme avoir été informé(e) du fonctionnement de la plate-forme collaborative CoZo et de la plate-forme eHealth des pouvoirs publics en ce qui concerne l'échange éventuel de mes données de santé entre les prestataires de soins.

☐ Par la présente, j'autorise l'hôpital à m'enregistrer.

☐ Par la présente, je n'autorise PAS l'hôpital à m'enregistrer. Je déclare avoir reçu les informations nécessaires pour procéder moi-même à l'enregistrement et à la gestion.

Je consens à l'échange électronique de données de santé entre les prestataires de soins qui me traitent en Belgique dans le cadre de mes soins de santé.

Je consens à l'enregistrement de mon « consentement éclairé » (= « Informed Consent ») lors de mon admission par les collaborateurs à l'accueil de l'hôpital. Je consens également à ce que, afin de permettre cet échange électronique, les endroits où des informations concernant ma santé sont disponibles (hôpitaux, par exemple) soient enregistrés dans un répertoire de référence.

J'ai pris connaissance du fait que cet échange électronique se fait de manière sécurisée, dans le respect de la confidentialité et de mes droits en tant que patient(e), et que les garanties suivantes me sont données :

- l'échange électronique ne peut avoir lieu qu'après accord du Comité sectoriel de la Sécurité sociale et de la Santé ;
- seuls les prestataires de soins avec lesquels j'ai effectivement une relation de soins peuvent avoir accès à mes données de santé ;
- un prestataire de soins n'a accès qu'aux données de santé qui lui sont utiles dans le cadre de mes soins de santé (conformément à l'autorisation du Comité sectoriel de la Sécurité sociale et de la Santé) ;
- j'ai la possibilité de demander à mon prestataire de soins de ne pas échanger certaines données relatives à ma santé ;
- j'ai la possibilité d'interdire nommément à des prestataires de soins en particulier d'accéder par voie électronique aux données relatives à ma santé ;
- je peux demander que l'on vérifie quel prestataire de soins a eu accès à mes données de santé ;
- je peux retirer mon consentement à tout moment.

J'ai pris connaissance du fait que je peux obtenir des informations complémentaires, tant sur ces garanties que sur les échanges électroniques concernés, dans une brochure d'information distincte de l'AZ Sint-Maria consacrée aux plates-formes E-health et CoZo et sur le site Internet de la plateforme eHealth, ainsi qu'auprès de mon médecin généraliste, de mon pharmacien, de ma mutuelle ou de l'hôpital.

Information du médecin généraliste

Je marque mon accord pour que mon médecin (généraliste) soit informé de mon admission à l'hôpital.

Autorisation dans le cadre d'un audit

Je consens au traitement de mes données à caractère personnel et à la consultation de mon dossier de patient :

- par le médecin en chef et par les membres éventuels de la commission d'audit (sous la responsabilité du médecin en chef), dans le cadre d'un audit médical général ou ciblé ;
- par des auditeurs internes et externes dans le cadre d'une accréditation hospitalière ou d'un contrôle de la qualité ;
- par des membres de la cellule qualité interne dans le cadre de la mesure et du suivi d'indicateurs ;
- par le médecin en chef, le directeur infirmier et le service de médiation dans le cadre d'une plainte éventuelle que j'introduirais auprès du service de médiation.

Règlement relatif au respect de la vie privée de l'AZ Sint-Maria vzw

Je confirme avoir été informé(e) du contenu du règlement relatif au respect de la vie privée de l'AZ Sint-Maria vzw et l'accepter.

Objets de valeur ou argent

Je sais qu'il est préférable de ne pas emporter d'objets de valeur et/ou d'argent à l'hôpital. Je peux ranger mon porte-monnaie et d'autres objets de valeur personnels dans le coffre-fort du vestiaire. La direction décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Conditions de paiement

Toutes les factures de l'AZ Sint-Maria sont établies sous réserve de tous les frais et/ou prestations qui n'ont pas encore été facturés à ce jour.

Toutes les factures sont payables au comptant à Halle, par virement sur le compte BE19 2930 2544 8512 en mentionnant la référence structurée, ou via les plateformes Doccle ou NexuzHealth.

En cas de non-paiement dans les 30 jours suivant l'envoi de la facture, une mise en demeure gratuite (premier rappel) sera envoyée, invitant le payeur à régler le montant dû dans les quatorze jours. À l'expiration du délai légal de 14 jours calendaires (commençant à courir le troisième jour ouvrable suivant l'envoi du premier rappel de paiement), des intérêts sont dus. Conformément aux taux légaux applicables en vertu du Livre XIX « Dettes du consommateur », tel qu'inséré par la loi du 4 mai 2023 dans le Code de droit économique du 28 février 2023, ceux-ci sont fixés comme suit :

- 20 euros si le solde dû est inférieur ou égal à 150 euros
- 30 euros majorés de 10 % du montant dû sur la tranche comprise entre 150,01 et 500 euros si le solde dû est compris entre 150,01 et 500 euros ;
- 65 euros majorés de 5 % du montant dû sur la tranche supérieure à 500 euros, avec un plafond de 2 000 euros, si le solde dû est supérieur à 500 euros.

Toute dette impayée donne en outre lieu à une procédure de recouvrement à l'amiable et judiciaire par un huissier de justice.

Le même régime d'indemnisation s'applique à l'hôpital lorsqu'il perçoit un paiement indu de la part du patient.

Toutes les réclamations concernant les factures doivent être introduites par courrier recommandé dans les 30 jours à compter de la date d'envoi de la facture.

En cas de procédure judiciaire, seules les institutions de la juridiction à laquelle appartient l'Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria vzw sont compétentes.

Changement d'adresse ou d'adresse de facturation

Je m'engage à transmettre spontanément tout changement d'adresse ou éventuellement d'adresse de facturation au chef du service administratif de l'hôpital si je n'ai encore reçu aucune facture dans un délai de deux mois après mon hospitalisation.

Fait à HAL, le-.....-20....., en deux exemplaires Pour l'hospitalisation qui débute le-.....-20..... et est valable à partir du-.....-20..... à heures

Le/la patient(e) ou son/sa représentant(e)	L'hôpital
Prénom, nom du (de la) patient(e) ou de son (sa) représentant(e) (avec indication du numéro de registre national)	Prénom, nom et qualité

Ces informations à caractère personnel vous sont demandées par le gestionnaire de l'hôpital en vue d'un traitement correct de votre dossier et de la facturation de votre hospitalisation. En vertu de la loi du 08/12/1992 relative à la protection de la vie privée, vous disposez d'un droit de consultation et de correction de vos données.