IDENTIFICATION
DU (DE LA) PATIENT(E)

OU VIGNETTE
DE LA MUTUELLE

Sint-Maria Halle
ALGEMEEN ZIEKENHUIS

Ziekenhuislaan 100 | 1500 Halle

Votre mutuelle peut également vous fournir des explications sur le contenu et la portée de ce document, ainsi que sur votre situation personnelle en matière d'assurance.

1. Objectif de la déclaration d'admission : droit de faire des choix éclairés concernant les conséquences financières de l'admission

Toute admission en hôpital de jour entraîne des frais. En tant que patient(e), vous pouvez faire un certain nombre de choix qui ont une influence importante sur le coût final. Vous faites ces choix à l'aide de cette déclaration d'admission. Avant de compléter et de signer la déclaration d'admission, il est donc très important que vous lisiez attentivement le formulaire explicatif que vous recevez avec ce document.
En cas de questions, vous pouvez contacter le **service ACCUEIL par téléphone, au 02 363 12 11**.

2. Choix de la chambre

Le type de chambre que je choisis ne limite pas mon libre choix des médecins. Je souhaite être hospitalisé(e) et soigné(e) :

sans suppléments d'honoraires et sans supplément de chambre en :
☐ ***chambre commune*** ☐ ***chambre à deux lits***

☐ **chambre particulière, avec un supplément de chambre de 105,00 euros par jour**
Je sais qu'en cas d'hospitalisation en chambre particulière, les médecins traitants peuvent facturer **un supplément d'honoraires maximum de 200 %** du tarif légal des prestations médicales.

3. Hospitalisation d'un enfant accompagné d'un parent

☐ Je souhaite que mon enfant, que j'accompagne, soit hospitalisé et soigné au tarif légal, **sans supplément de chambre et sans supplément d'honoraires. Je sais que l'hospitalisation se fait en chambre commune ou en chambre à deux lits.**
☐ Je souhaite expressément que mon enfant, que j'accompagne, soit hospitalisé et soigné **en chambre particulière, sans supplément de chambre**. Je sais qu'en cas d'hospitalisation en chambre particulière, les médecins traitants peuvent facturer **un supplément d'honoraires maximum de 200 %** du tarif légal des prestations médicales.
Mes **frais de séjour en tant que parent** (repas, boissons…) **seront à ma charge**, au tarif indiqué dans le récapitulatif des biens et services courants.

4. Acompte

☐ Par la présente, je paie 0,00 euro d'acompte pour mon séjour.

L'acompte sera déduit du montant total de la facture 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 !

☐ J'accepte les conditions de facturation mentionnées dans le document « Informations complémentaires importantes dans le cadre d'une hospitalisation ».

☐ Je souhaite qu'une participation journalière de 4,50 euros soit facturée pour les équipements de la chambre (télévision, Internet, réfrigérateur), uniquement en cas de séjour en chambre partagée.

Chaque patient a le droit d'être informé des conséquences financières d'une admission en hôpital de jour et de son choix de chambre. Chaque patient a le droit d'être informé par le médecin concerné des frais qu'il devra payer lui-même pour les traitements médicaux à prévoir. J'ai reçu, en annexe à ce document, un document explicatif mentionnant les suppléments de chambre et suppléments d'honoraires. Le récapitulatif du coût des biens et services proposés à l'hôpital peut être consulté. Je sais que tous les frais ne sont pas prévisibles.

Fait à HAL, le ……-…….-20……., en deux exemplaires. Valable pour un traitement qui débute le …… *et qui se termine le* ……

Je sais que je peux modifier mon choix de chambre à tout moment. Le cas échéant, une nouvelle déclaration d'admission doit être signée.

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.