



Cher Patient,

Nous vous souhaitons la bienvenue à la Clinique Saint-Pierre.

Votre mutuelle paiera une grande partie des sommes dues pour autant que vous soyez en ordre. Il se peut, selon votre situation personnelle, que vous deviez avancer les frais et honoraires et que vous ne les récupériez que par la suite de votre mutuelle et / ou assurance. Dans la majorité des cas, une partie des frais restera par ailleurs intégralement à votre charge (tickets modérateurs, Supplément de chambre et d'honoraires, ..).

Les consultations sont payables à la sortie. Si toutefois, vous souhaitez que la facture vous soit envoyée, 5 € de frais d'expédition vous seront demandés.

Pour vos autres visites, la Clinique vous enverra, pour les frais à votre charge, une facture dans les semaines qui suivent votre passage.

Le présent document vise à vous informer de nos conditions de facturation :

Nos factures sont payables dès leur réception (au comptant). En cas de non paiement, un seul et unique rappel valant mise en demeure vous sera adressé par courrier ordinaire et facturé au prix de 5 € (frais administratifs).

En phase amiable, nous pourrions vous facturer d'autres prestations (5 € par courrier envoyé, 20 € pour des frais de déplacement) sans que les exemples cités ne soient exhaustifs.

Toute facture impayée portera de plein droit et sans mise en demeure préalable des intérêts de retard au taux de 1 % par mois jusqu'à parfait paiement ainsi qu'une indemnité forfaitaire de 15 % avec un minimum de 40 €.

Une indemnité du même ordre portée à charge de la Clinique en cas de manquement à ses obligations financières, à titre de réciprocité.

Toute facture restée impayée après notre unique rappel sera envoyée, pour récupération, à un avocat et / ou une société de recouvrement mandatée par la Clinique afin de coordonner la récupération par voie amiable et / ou judiciaire avec application des pénalités de retard ci-dessus définies. En outre, en cas de recouvrement judiciaire, les pénalités de retard susmentionnées ainsi que les frais d'huissier de justice et les frais de justice (dépens compris) seront à votre charge.

Ces conditions de facturation et de paiement sont rappelées sur nos factures et sont d'application pour toutes les factures échues au moment de la signature de la présente ou qui vous seraient adressées dans le futur par la Clinique.

Les conditions de facturation sont identiques quelle que soit la raison de votre visite (consultations, examens, hospitalisation,..).

Tout changement d'adresse devra être notifié immédiatement à la Clinique, qui ne peut être tenue responsable de l'envoi d'une facture à l'ancienne adresse, si le Patient ou son représentant ne lui a pas communiqué sa nouvelle adresse.

En aucun cas, le patient ne pourra faire prévaloir l'annulation des frais occasionnés dus à son oubli de notification.

Toute consultation non décommandée au minimum 24h à l'avance sera facturée au plein tarif, étant donné l'impossibilité temporelle pour la clinique de réattribuer celle-ci à un autre patient.

Vous vous engagez à prendre connaissance du statut - conventionné ou non - de tout dispensateur de soins que vous consultez. Dans le cas où le médecin consultant est déconventionné, des honoraires supplémentaires peuvent vous être facturés.

Vous acceptez que votre dossier administratif (comprenant ce document) soit conservé sous une forme électronique. La conservation de votre dossier et de ce document est faite dans le seul but médical, administratif ou de facturation.

Nous vous rappelons que la Clinique-Saint-Pierre est une ASBL. Ses activités, dont les soins, les interventions et les autres prestations qu'elle accomplit ne constituent pas des actes de commerce au sens des articles 2 et 3 du Code du commerce.

Enfin, si vous éprouvez des difficultés financières, vous pouvez vous adresser au Service Facturation Patients ou au Service Social de la Clinique. N'hésitez pas à les contacter dès le début de votre séjour!

Nous vous remercions de votre compréhension et de votre coopération.

L'administration des patients

- Le patient
- Son représentant :
 - Nom :
 - Prénom :
 - Qualité du signataire :

Date :
Lu et approuvé
Signature :