CLINIQUE SAINT-PIERRE asbl
Avenue Reine Fabiola 9
1340 OTTIGNIES
INAMI : 71004394

IDENTIFICATION DU PATIENT

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 Facturation Patients, tel : 010 437 712, email : facturation.patients@cspo.be

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 125 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**.**

Un reçu (à bien conserver) sera donné au moment du paiement de l'acompte qui sera déduit du montant total de la facture.

5. Conditions de facturation

Tous les frais d'hôpital seront facturés par l'hôpital. Ne payez jamais directement au médecin!
Les conditions générales de facturation sont reprises dans un autre document signé par mes soins et valide pour toutes les factures échues au moment de cette signature et pour toutes les factures futures.
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 (dans la farde d'accueil), 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 Ottignies, le *pour une admission débutant le . . . . . et valable à partir du . . . . . à . . . . H*

Pour le patient ou son représentant	Pour l'hôpital
prénom, nom du patient ou de son représentant (*avec n° de Registre national*)	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 08/12/1992 relative à la protection de la vie privée vous autorise à consulter vos données et à les corriger.