

N° d'agrément : 7/10006/34/0008  
Déclaration d'admission (A.R.15/12/2008)  
Hospitalisation de jour – Hôpital général  
Conditions au 01.06.2016

Avenue Albert I, 185  
5000 Namur  
Tél : 081/72.65.95  
Email : [gestion.lits@chrnamur.be](mailto:gestion.lits@chrnamur.be)

## **Déclaration d'admission**

### **Choix de chambre / de médecin**

**&**

### **Conditions financières**

### **Pour une admission de jour**

Votre mutuelle pourra vous donner toute explication sur le contenu et la portée de ce document, notamment par rapport à votre situation personnelle d'assurabilité. N'hésitez pas à la contacter.

## Déclaration d'admission pour admission de jour : choix de chambre et conditions financières

Je choisis de séjourner et d'être soigné aux conditions financières suivantes et ce dès mon jour d'admission :

### 1. Suppléments de chambre – suppléments d'honoraires – acomptes

Je choisis d'être hospitalisé(e) et soigné comme suit :

- SOIT une chambre commune sans supplément de chambre (tarif de l'engagement)<sup>1</sup>
- SOIT une chambre individuelle avec un supplément de chambre par jour et maximum 200% de supplément d'honoraire. Je prends note de ce que l'octroi de cette chambre particulière est fonction des disponibilités au sein de l'unité.

### 2. Aperçu des conditions financières prévues par la loi et par l'hôpital J'ai pris connaissance des conditions financières suivantes :

#### 2.1 Supplément de chambre par jour

Chambres communes	Chambres individuelles
0 €	100 € sauf pédiatrie

#### 2.2 Supplément d'honoraires

Les suppléments d'honoraires vous seront facturés par le CHRN. **N'acceptez pas de les payer directement aux médecins.** N'hésitez toutefois pas à vous renseigner sur le pourcentage de supplément d'honoraires appliqué par votre médecin.

Chambres communes	Chambres individuelles
0%	200%

#### 2.3 Frais pharmaceutiques

= Tout ce qui est produits (para-) pharmaceutiques, implants, prothèses et moyens médicaux auxiliaires non implantables. Quel que soit le type de chambre, ces frais sont partiellement ou totalement à votre charge, selon le type de matériel et, le cas échéant, selon votre choix de matériels et de produits. Le prix d'un matériel ou produit peut-être obtenu sur simple demande auprès de l'établissement. <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Tarif de l'engagement : on applique les honoraires tels qu'ils ont été convenus dans le cadre de la convention médico-mutualiste, donc sans suppléments d'honoraires.

<sup>2</sup> Cf. liste des éléments non médicaux, fournie lors de votre admission

### 3. Explications relatives à votre choix de chambre.

#### 3.1 Conditions financières

Le patient qui choisit un type de chambre déterminé accepte les conditions financières qui y sont liées en matière de suppléments de chambre et d'honoraires. Toutefois :

→ Si le patient séjourne dans un type de chambre supérieur indépendamment de sa volonté, ce sont les conditions financières du type de chambre qu'il a choisi qui s'appliquent (ex : chambre commune choisie, chambre à 1 lit octroyée -> tarif en salle commune appliqué).

→ Si le patient séjourne dans un type de chambre inférieur indépendamment de sa volonté, ce sont les conditions financières du type de chambre dans laquelle il séjourne effectivement qui s'appliquent (ex : chambre à 1 lit choisie, chambre commune octroyée → tarif en salle commune appliqué).

#### 3.2 Responsabilité

**Le CHR de Namur décline toute responsabilité en cas de disparition ou de vol.**

**Le CHR de Namur invite les patients et visiteurs à veiller à leurs affaires personnelles.**

## Droit à l'information

- Je sais que j'ai le droit d'obtenir des informations sur les conséquences financières de mon choix et d'être informé par le médecin concerné des coûts qui seront à ma charge pour les traitements médicaux à prévoir. **Je suis également conscient que certains coûts ne peuvent être prévus à l'avance.** Je sais que les montants susmentionnés peuvent être indexés. Dans ce cas, ils pourront être modifiés de plein droit durant la période d'hospitalisation. Je sais également que les tarifs mentionnés sont appliqués sur base du régime légal d'assurance maladie-invalidité auquel j'appartiens. Si l'admission n'est pas couverte par ce régime, je devrai supporter moi-même les frais de séjour et les frais médicaux, montants qui seront considérablement plus importants.
- Je reconnais avoir reçu en annexe à la présente déclaration d'admission, un document explicatif relatif à l'application des suppléments de chambre et d'honoraires ainsi qu'un document relatif aux coûts des produits parapharmaceutiques courants et des produits et services divers, ainsi que les produits et services non remboursables par l'AMI, fournis par le CHRN.
- Les montants repris ci-dessus peuvent être indexés. Ils sont susceptibles d'être légalement modifiés en cours de séjour. Les montants vous sont également communiqués en fonction de votre appartenance à un régime légal d'assurance maladie invalidité. En cas de refus de prise en charge dans le cadre de ce régime, les montants qui vous seront facturés seront nettement plus importants
- J'ai pris connaissance que le non paiement de la facture à son échéance entrainera des frais administratifs s'élevant à 20% du montant de celle-ci avec un minimum de 12€ au 1er rappel et 25€ au 2ème rappel et un intérêt de retard de 10% l'an.
- Je suis redevable envers l'hôpital en cas d'accident de travail, des suppléments de chambre à 1 lit, des frais divers et/ou des frais non remboursables par l'AMI, et des honoraires médicaux supplémentaires si je fais choix de la chambre à 1 lit.
- Je marque mon accord sur la conservation informatique de mon dossier médical et accepte ainsi que le document informatisé fasse preuve entre les parties.
- J'autorise l'équipe médicale en ce compris les médecins traitants ou référents, devant intervenir dans ma prise en charge à se partager toute l'information médicale me concernant dans le strict intérêt de mon traitement, ou de celui de la maladie en général.

Tout renseignement complémentaire peut-être obtenu auprès du service de facturation au numéro de téléphone **081/72.68.40 (uniquement le matin)**

**Je demande à être soigné par le Docteur ....., prestataire indépendant <sup>3</sup>**

**Fait au CHR de Namur le..... en deux exemplaires, chacune des parties reconnaissant avoir reçu le sien.**

**Pour une admission débutant le..... et valable à partir du.....**

Signature du patient / de son représentant ainsi que son numéro de registre national, + mention lu et approuvé et nom et prénom <sup>4</sup>	Pour l'hôpital + nom-prénom et qualité
--	--

**3** Tous les médecins pratiquant au C.H.R.N. sont soumis aux tarifs de la convention médico-mutualiste.

**4** 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 08-12-92 relative à la protection de la vie privée l'égard du traitement des données à caractère personnel, vous permet de consulter vos données et vous donne le droit de les corriger.