

**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 **ADMISSION** au numéro **064/27.65.66**

**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:

- en **Chambre à deux lits** sans suppléments d'honoraires ni de chambre et sans Télévision
- en **Chambre à deux lits** sans suppléments d'honoraires et de chambre mais avec Télévision (**frais de location TV 2,50€ /jour + 21% de TVA**)
- en **Chambre Individuelle** avec un supplément de chambre de **65,00 euros par jour et maximum 300% d'honoraires médicaux supplémentaires** (non disponible dans le service maternité)
- en **Chambre Confort +** avec un supplément de chambre de **80,00 euros par jour et maximum 300% d'honoraires médicaux supplémentaires** (uniquement disponible dans les services maternité)
- en **Chambre Grand Confort +** avec un supplément de chambre de **150,00 euros par jour et maximum 300% d'honoraires médicaux supplémentaires** (uniquement disponible dans les service maternité)

Je sais qu'en cas d'admission en **chambre individuelle, confort + et grand confort +**, les médecins traitants peuvent facturer un **supplément d'honoraires de maximum 300 %** 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 à deux lits.**
- 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 300 %** 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.

La présente déclaration d'admission signée a valeur de reçu pour l'acompte payé. L'acompte sera déduit du montant total de la facture du 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 !** Vu le manque de place laissé à l'hôpital pour les faire apparaître sur ce document, les conditions de facturation vous sont présentées sur un document annexe intitulé « Déclaration d'admission – conditions de paiement ». Ce document fait partie intégrante de la déclaration d'admission. 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, 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 LA LOUVIERE, le ..... pour une admission débutant le ..... et valable à partir du ..... à .....

|   |   |
|---|---|
| Pour le patient ou son représentant<br><br>prénom, nom du patient ou de son représentant (avec n° de Reg. national) | Pour l'hôpital (numéro d'agrément 71009641) |
|---|---|