

CODE-BARRES
DE L'HÔPITAL POUR
L'ARCHIVAGE ÉLECTRONIQUE
DU DOCUMENT

IDENTIFICATION
DU PATIENT
OU VIGNETTE
DE LA MUTUELLE

vzw Jan Yperman Ziekenhuis
Briekestraat 12 - 8900 IEPER
TEL 057/353535 FAX 057/353637
ERK. NUMMER 7/10057/80/000

Déclaration d'admission: choix de la chambre & conditions financières

Modèle Hôpital général Admission en hôpital de jour

Votre mutualité aussi peut vous fournir des explications sur le contenu et la portée de ce document, ainsi que sur votre situation personnelle d'assurabilité.

1. Objectif de la déclaration d'admission : le droit de faire des choix en toute connaissance de cause sur les conséquences financières de l'admission

Toute hospitalisation de jour 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 de tarification au numéro 057/356536**.

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

chambre à deux lits

en chambre individuelle avec un supplément de chambre de

60,00 euros par jour (selon le type de chambre)

65,00 euros par jour (selon le type de chambre)

110,00 euros par jour (selon le type de chambre)

Je sais qu'en cas d'admission en chambre individuelle, les médecins traitants peuvent facturer **un supplément d'honoraires de maximum 150%** du tarif légal des prestations médicales.

3. 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.

Tous les frais d'hôpital seront facturés par l'hôpital. Ne payez jamais directement au médecin !

- Art. 1** La facture doit être payée dans les 30 jours calendrier suivant l'envoi. Le paiement ne peut être effectué que par virement bancaire sur le compte du centre hospitalier BE54 7380 0173 4197 (pour les virements internationaux avec code BIC/Swift : KREDBEBB) avec mention de la communication structurée.
- Art. 2** Si la facture n'est pas payée en tout ou en partie à la date d'échéance, le centre hospitalier enverra un premier rappel gratuit conformément à l'article XIX.2 du Code de droit économique
- Art. 3** Par la suite, en cas de non-paiement ou de paiement incomplet de la facture, le dossier sera transféré à un bureau d'huissier pour un nouveau recouvrement. Conformément à l'article XIX.4 du Code de droit économique, à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la date du premier rappel gratuit, le solde dû est majoré :
- a) d'un intérêt égal à l'intérêt au taux de référence majoré de huit points de pourcentage comme visé à l'article 5, paragraphe 2, de la loi du 2 août 2002 concernant la lutte contre le retard de paiement dans les transactions commerciales ; et
 - b) d'une indemnité forfaitaire de (même avec autorisation de sursis de paiement) :
 - € 20,00 si le solde dû est inférieur ou égal à € 150,00 ;
 - € 30,00 plus 10 % du montant dû sur la tranche comprise entre € 150,01 et € 500,00 si le solde dû est compris entre € 150,01 et € 500,00 ;
 - € 65,00 plus 5 % du montant dû sur la tranche supérieure à € 500,01 avec un maximum de € 2.000,00 si le solde dû est supérieur à € 500,00.
- Ce même taux d'intérêt et cette même clause d'indemnisation s'appliquent au centre hospitalier lorsqu'il reçoit un paiement indu de la part du patient et qu'il ne le rembourse pas dans un délai d'un mois à compter de la mise en demeure préalable du patient.
- Art. 4** Les plaintes relatives aux prestations et/ou aux prix facturés doivent, sous peine d'irrecevabilité, être adressées par lettre recommandée ou par e-mail à credit.control@yperman.net dans les huit jours à compter de la date d'envoi de la facture. La réaction du centre hospitalier à une plainte tardive ne peut être interprétée comme une renonciation à ce qui précède et toute réaction se fait toujours sous réserve de tous les droits et sans aucune reconnaissance préjudiciable.
- Art. 5** Tous les litiges relèvent exclusivement de la compétence du juge de paix des cantons d'Ypres et de Poperinge ou du tribunal de première instance de Flandre occidentale, section Ypres.
- Art. 6** Le patient désigne le centre hospitalier comme mandataire spécial pour demander ses informations figurant dans les registres de la population ou un certificat à cet égard.
- Art. 7** Une admission à l'hôpital de jour n'entraîne pas automatiquement la facturation d'un forfait d'hôpital de jour. Un forfait d'hôpital de jour est facturé ou non selon les interventions ou l'administration de certains médicaments, tels que déterminés par l'INAMI. Il se peut dès lors que les assurances hospitalisation n'interviennent pas et que la facture ambulatoire soit envoyée au patient.
- Art. 8** En cas de décès du patient, les héritiers, successeurs et ayants droit sont indivisiblement tenus de payer au centre hospitalier l'intégralité de la créance exigible en principal, intérêts, majorations et tous les frais.

Tout patient a le droit d'être informé des conséquences financières d'une hospitalisation de jour et du choix de sa chambre. Tout patient a le droit d'être informé par le médecin concerné des coûts qu'il devra prendre en charge lui-même pour les traitements médicaux à fournir. J'ai reçu, en annexe de ce document, un document explicatif mentionnant les suppléments de chambre et d'honoraires. La liste récapitulative avec le prix des biens et services proposés par l'hôpital est disponible pour consultation. Veuillez noter que tous les coûts ne peuvent être prévus à l'avance.

Fait en deux exemplaires à IEPER, le-.....-20.... en deux exemplaires, pour un traitement débutant le
*et se terminant le*

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

Pour le patient ou son représentant Prénom, nom du patient ou de son représentant (avec n° de registre national)	Le service admissions de l'Hôpital Jan Yperman Prénom, nom et qualité
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

Ces informations à caractère personnel vous seront demandées par l'administrateur de l'hôpital en vue du bon traitement de votre dossier et de la facturation de votre hospitalisation. Le centre hospitalier respecte la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Vous trouverez de plus amples informations sur <https://yperman.net/privacy>.