IDENTIFICATION  
DU PATIENT  
*OU* VIGNETTE  
DE LA MUTUELLE

Centre Hospitalier de l’Ardenne

INAMI : 7-10168-66-000

Avenue d’Houffalize, 35

6800 LIBRAMONT



# 

# 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 tarification au numéro 061/62 29 90 ou 061/62 29 81.**

# 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 2 lits***

**🞎 en chambre individuelle**

avec un supplément de chambre de 68 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 à deux lits* ou 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**.**

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!

« Tous les états de frais sont payables au comptant ou au plus tard endéans les 10 jours à dater de la réception. Les preuves de paiement doivent être soigneusement conservées.

En cas de non-paiement à l’échéance, le montant dû en principal sera majoré d’une indemnité forfaitaire de 15 % avec un minimum de 25 €.

Il sera en outre dû, sans mise en demeure préalable, un intérêt au taux conventionnel de 12% à dater du jour de l’échéance jusqu’au jour du complet paiement.

Toute facture impayée à l’échéance sera transmise, sans avertissement préalable, à nos conseils juridiques et Huissiers de Justice chargés d’obtenir par toutes voies de droit le règlement de la dette.

Tous les frais de justice seront à charge du débiteur.

Sur simple demande, VIVALIA met à disposition du patient en difficulté de paiement l’ensemble de ses services administratifs. Le rapport de ces services permet, le cas échéant, d’accorder des facilités de paiement.

En cas de litige, de quelque nature que ce soit, seuls les Tribunaux de l’arrondissement judiciaire de Neufchâteau sont compétents ».

Ces conditions sont applicables à l’ensemble des établissements de Vivalia.



L'hôpital peut légalement demander un acompte par période de séjour de 7 jours. Le paiement de l’acompte est subordonné à la délivrance d’un reçu.

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 Libramont, le ………………………….p*our une admission débutant le……....…………..…à ……h…..…*

*et valable à partir du ……………..…à ……..h…….*

|  |  |
| --- | --- |
| Pour le patient ou son représentant  prénom, nom du patient ou de son représentant (*avec n° de Registre national*) | Pour l’hôpital  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.