

Admission d'un enfant

accompagné d'un parent: demande expresse de séjour en chambre individuelle et renonciation au droit à être traité au tarif de l'engagement

CODE BARRE DE L'HOPITAL DESTINE A L'ARCHIVAGE ELECTRONIQUE DU DOCUMENT

IDENTIFICATION DU PATIENT OU VIGNETTE DE LA MUTUELLE

IDENTIFICATION DE L'HOPITAL

Suppléments d'honoraires

- J'ai pris connaissance des conditions financières énoncées dans la déclaration d'admission et souhaite que l'enfant que j'accompagne soit admis et soigné AU TARIF DE L'ENGAGEMENT. (SANS suppléments de chambre ni d'honoraires). (1)
- J'ai pris connaissance des conditions financières reprises dans la déclaration d'admission et renonce à la possibilité d'une admission et de soins au tarif de l'engagement. Je demande expressément que l'enfant que j'accompagne soit admis et soigné dans une CHAMBRE INDIVIDUELLE (SANS suppléments de chambre)
- Je sais que dans ce cas, tous les médecins (tant les médecins conventionnés que les médecins non conventionnés) peuvent me demander un supplément d'honoraires, comme cela est indiqué dans la déclaration d'admission. (2) & (3)**
- Je reconnais avoir reçu en annexe à ce document, la déclaration d'admission et 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, fournis dans NOM HOPITAL.

Les frais d'hôtellerie (e.a. lit, repas et boissons) relatifs à mon séjour en tant que parent accompagnant son enfant sont à ma charge (Voir également le document en annexe relatif aux coûts des produits parapharmaceutiques courants et des produits et services divers, fournis dans NOM HOPITAL).

Tout renseignement complémentaire peut être obtenu auprès du service NOM DU SERVICE au numéro de tél. xx/ xxx xx xx

Fait à LIEU DE L'HOPITAL le xx-xx-20xx en deux exemplaires pour une admission débutant le xx-xx-20xx et valable à partir du xx-xx-20xx à x heures.

Le parent accompagnant prénom et nom du parent (avec n° de registre nationale)	Pour l'hôpital prénom, nom et qualité
----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

Ces informations à caractère personnel vous sont demandées par le gestionnaire de l'hôpital afin de traiter correctement votre dossier et la facturation de votre séjour à l'hôpital. La Loi du 08-12-1992 relative à la protection de la vie privée en vue du traitement de données à caractère personnel vous accorde le droit d'accès à vos données et le droit de les corriger.

- (1) Tarifs de l'engagement: on applique les honoraires tels qu'ils ont été convenus dans le cadre de la convention médico-mutualiste, donc sans suppléments.
- (2) Les médecins conventionnés sont ceux qui appliquent les tarifs établis par l'Accord médico-mutualiste. Les médecins non conventionnés ne sont pas obligés de se conformer aux tarifs fixés par la convention. Vous pouvez consulter la liste reprenant le statut des médecins (conventionnés ou non) sur simple demande à l'hôpital.
- (3) **Les suppléments d'honoraires seront facturés par l'hôpital ou par le service de perception centrale.** Ne les payez pas directement aux médecins. N'hésitez pas à vous renseigner au sujet du pourcentage de suppléments d'honoraires appliqués par le médecin concerné.