



ETIQUETTE  
DU  
PATIENT

**Clinique Ste Anne-St Remi**

Bd. Jules Graindor, 66  
1070 - BRUXELLES

**710-723-93-000**

## 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

### 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 para pharmaceutiques courants et des produits et services divers, fournis à la CLINIQUE STE ANNE – ST REMI.

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 à la CLINIQUE STE ANNE – ST REMI. ).

**Tout renseignement complémentaire peut être obtenu auprès du service d'Admission au numéro de tél. 02/ 556.57.10 ou au service de l'hospitalisation de jour au 02 /556.58.00**

Fait en 2 exemplaires à **ANDERLECHT**, le .....- ..... - 2009  
pour une admission débutant le ..... - .....- 2009 et valable à partir du ..... - .....- 2009 à .....heures

Le parent accompagnant	Pour l'hôpital
Prénom et nom du parent (avec n° de registre national et adresse)	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.