

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

[C – 2014/24159]

28 MAART 2014. — Koninklijk besluit  
tot wijziging van het koninklijk besluit van 17 juni 2004  
betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis

FILIP, Koning der Belgen,  
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikelen 30/2, § 3, en 98, eerste lid;

Gelet op het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 30 januari 2014;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 21 februari 2014;

Gelet op advies 55.414/3 van de Raad van State, gegeven op 19 maart 2014, met toepassing van artikel 84, § 1, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 15 december 2008 en 28 juni 2011, worden de bijlagen 1 en 4 vervangen door de bijlagen 1 en 2 gevoegd bij dit besluit.

In hetzelfde besluit wordt de bijlage 6 opgeheven.

**Art. 2.** In artikel 2 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 15 december 2008 en 28 juni 2011, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in paragraaf 1, tweede lid, wordt het woord “drie” vervangen door het woord “twee”;

2° in paragraaf 1, tweede lid, wordt de bepaling onder 3° opgeheven;

3° paragraaf 1 wordt aangevuld met een lid luidende :

“Deze bundel documenten informeert de patiënt over de financiële implicaties van een ziekenhuisopname. Het ziekenhuis besteedt, bij voorkeur voorafgaand aan de opname en ten laatste op het moment van de opname zelf, de nodige tijd om de inhoud van de opnameverklaring en de financiële implicaties van een ziekenhuisopname aan de hand van het toelichtingsdocument bedoeld in het tweede lid, 2°, mondeling toe te lichten.”;

4° paragraaf 2 wordt vervangen als volgt :

“§ 2. Een overzichtslst met de actuele prijzen van de in het ziekenhuis aangeboden goederen en diensten wordt in het ziekenhuis ter beschikking gesteld van de patiënt. Het ziekenhuis informeert de patiënt duidelijk en uitdrukkelijk waar de overzichtslst in het ziekenhuis geconsulteerd kan worden. Daarnaast publiceert het ziekenhuis de overzichtslst op haar website.”;

5° paragraaf 4, eerste lid, wordt aangevuld met de volgende zinnen :

“In het geval de titel van een rubriek in de modellen cursief gedrukt staat, dan kan deze hele rubriek weggelaten worden indien de inhoud van deze rubriek in het ziekenhuis of bij een specifieke opname niet van toepassing is. Elke andere wijziging, weglating of toevoeging aan de modellen die als bijlage bij dit besluit zijn gevoegd, is niet toegelaten.”;

6° in paragraaf 4, tweede lid, worden de woorden “in euro of” opgeheven;

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,  
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

[C – 2014/24159]

28 MARS 2014. — Arrêté royal  
modifiant l'arrêté royal du 17 juin 2004  
concernant la déclaration d'admission à l'hôpital

PHILIPPE, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, les articles 30/2, § 3, et 98, alinéa 1<sup>er</sup>;

Vu l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 30 janvier 2014;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 21 février 2014;

Vu l'avis 55.414/3 du Conseil d'Etat, donné le 19 mars 2014, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital, modifié par les arrêtés royaux des 15 décembre 2008 et 28 juin 2011, les annexes 1 et 4 sont remplacées par les annexes 1 et 2 jointes au présent arrêté.

Dans le même arrêté, l'annexe 6 est abrogée.

**Art. 2.** A l'article 2 du même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 15 décembre 2008 et 28 juin 2011, sont apportées les modifications suivantes :

1° au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, le mot « trois » est remplacé par le mot « deux »;

2° au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, le 3° est abrogé;

3° le paragraphe 1<sup>er</sup> est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« Cette série de documents informe le patient sur les implications financières d'une admission en hôpital. De préférence avant l'admission et au plus tard au moment de l'admission même, l'hôpital consacre le temps nécessaire pour expliquer oralement le contenu de la déclaration d'admission et les implications financières d'une admission en hôpital au moyen du document d'explication visé à l'alinéa 2, 2°. »;

4° le paragraphe 2 est remplacé comme suit :

« § 2. Une liste récapitulant les prix actuels des biens et services offerts à l'hôpital est mise à la disposition du patient à l'hôpital. L'hôpital informe le patient de manière claire et explicite sur l'endroit où la liste récapitulative peut être consultée à l'hôpital. L'hôpital publie également la liste récapitulative sur son site internet. »;

5° le paragraphe 4, alinéa 1<sup>er</sup>, est complété comme suit :

« Si le titre d'une rubrique est imprimé en italique dans les modèles, toute la rubrique peut être supprimée si le contenu de cette rubrique ne s'applique pas à l'hôpital ou à une admission spécifique. Tout autre ajout, modification ou suppression aux modèles annexés au présent arrêté est interdit. »;

6° au paragraphe 4, alinéa 2, les mots « en euros ou » sont abrogés;

7° in paragraaf 5, eerste lid, worden de woorden “of, in het geval het een opname van een kind met begeleidende ouder betreft, het document bedoeld in § 2, 2°,” opgeheven;

8° in paragraaf 5, tweede lid, worden de woorden “of, in het geval het een opname van een kind met begeleidende ouder betreft, het document bedoeld in § 2, 2°,” opgeheven;

9° in paragraaf 5, tweede lid, worden de woorden “of elektronische handtekening” ingevoegd tussen de woorden “van doorslagpapier” en de woorden “is hierbij toegestaan”;

10° paragraaf 5, tweede lid, wordt aangevuld met de volgende zin :

“De patiënt ontvangt altijd een papieren versie van de ondertekende opnameverklaring, ook in het geval de opnameverklaring elektronisch werd ondertekend.”;

11° in paragraaf 5 wordt tussen het tweede en het derde lid een lid ingevoegd, luidende :

“Het ziekenhuis bewaart de ondertekende opnameverklaring minstens gedurende een periode van twee jaar na de verzending van de laatste factuur die betrekking heeft op de opname die aanleiding gaf tot de ondertekening van de betrokken opnameverklaring.”;

12° in paragraaf 5 worden in het vroegere derde lid, dat het vierde lid wordt, de woorden “(of zijn vertegenwoordiger)” opgeheven.

**Art. 3.** In artikel 2/1 van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 15 december 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° het eerste lid wordt vervangen als volgt :

“De in artikel 2, § 2, bedoelde overzichtslijst met de actuele prijzen van de in het ziekenhuis aangeboden goederen en diensten, maakt een onderscheid tussen de kosten verbonden aan het comfort van de kamer, de kosten voor eten en drinken, de kosten voor hygiënische producten, de kosten voor de was, de kosten voor de begeleider van de patiënt en de kosten voor andere diverse goederen en diensten.”;

2° het tweede lid wordt opgeheven.

**Art. 4.** In artikel 3 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de woorden “in percent of in euro” worden opgeheven;

2° de woorden “welk bedrag de artsen” worden vervangen door de woorden “welk percentage de ziekenhuisgeneseheren”;

3° het woord “maximumbedragen” wordt vervangen door het woord “maximumpercentages”.

**Art. 5.** In artikel 4, tweede lid van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 15 december 2008, worden de woorden “, alsook de overzichtslijst met de actuele prijzen van de in het ziekenhuis meest gevraagde goederen en diensten, zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 3°” opgeheven.

**Art. 6.** Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2014.

**Art. 7.** De minister bevoegd voor Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 28 maart 2014.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid,  
Mevr. L. ONKELINX

7° au paragraphe 5, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « ou, en cas d’admission d’un enfant accompagné d’un parent, le document visé au § 2, 2° » sont abrogés;

8° au paragraphe 5, alinéa 2, les mots « ou, en cas d’admission d’un enfant accompagné d’un parent, le document visé au § 2, 2° » sont abrogés;

9° au paragraphe 5, alinéa 2, les mots « ou de la signature électronique » sont insérés entre les mots « de papier carbone » et les mots « est autorisée »;

10° le paragraphe 5, alinéa 2, est complété comme suit :

« Le patient reçoit toujours une version papier de la déclaration d’admission signée, également si la déclaration d’admission a été signée de manière électronique. »;

11° au paragraphe 5 est inséré, entre les alinéas 2 et 3, un alinéa rédigé comme suit :

« L’hôpital conserve la déclaration d’admission signée au moins pendant une période de deux ans après l’envoi de la dernière facture relative à l’admission à l’origine de la signature de la déclaration d’admission concernée. »;

12° au paragraphe 5, à l’ancien alinéa 3, qui devient l’alinéa 4, les mots « (ou son représentant) » sont abrogés.

**Art. 3.** A l’article 2/1 du même arrêté, inséré par l’arrêté royal du 15 décembre 2008, sont apportées les modifications suivantes :

1° l’alinéa 1<sup>er</sup> est remplacé comme suit :

« La liste visée à l’article 2, § 2 et récapitulant les prix actuels des biens et services offerts par l’hôpital, fait une distinction entre les frais liés au confort de la chambre, les frais de nourriture et de boissons, les frais liés aux produits d’hygiène, les frais de lessive, les frais relatifs à l’accompagnateur du patient et les frais liés à d’autres biens et services divers. »;

2° l’alinéa 2 est abrogé.

**Art. 4.** A l’article 3 du même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

1° les mots « en pourcentage ou en euros » sont abrogés;

2° les mots « le montant par rapport aux tarifs de la convention appliqué par les médecins » sont remplacés par les mots « le pourcentage par rapport aux tarifs de la convention appliqué par les médecins hospitaliers »;

3° les mots « montant maximum » sont remplacés par les mots « pourcentage maximum ».

**Art. 5.** A l’article 4, alinéa 2 du même arrêté, modifié par l’arrêté royal du 15 décembre 2008, les mots « de même que la liste récapitulative des prix actuels des biens et services les plus demandés de l’hôpital, comme visée à l’article 2, § 1<sup>er</sup>, 3° » sont abrogés.

**Art. 6.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2014.

**Art. 7.** Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l’exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 28 mars 2014.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre de la Santé publique,  
Mme L. ONKELINX

## Bijlage 1

BARCODE VAN HET  
ZIEKENHUIS OM HET  
DOCUMENT ELEKTRONISCH  
TE ARCHIVEREN

IDENTIFICATIE  
VAN DE PATIËNT  
OF KLEEFVIGNET  
VAN HET ZIEKENFONDS

IDENTIFICATIE  
VAN HET ZIEKENHUIS

### 1. Doel van de opnameverklaring: recht om geïnformeerd keuzes te maken over financiële gevolgen van de opname

Elke opname in een ziekenhuis brengt kosten met zich mee. U kan als patiënt een aantal keuzes maken die een belangrijke invloed hebben op het uiteindelijke kostenplaatje. Deze keuzes maakt u aan de hand van deze opnameverklaring. Het is daarom zeer belangrijk dat u het toelichtingsformulier dat u samen met dit document ontvangt, grondig leest alvorens de opnameverklaring in te vullen en te ondertekenen. Ingeval van vragen, kan u contact opnemen met **bij de dienst XXX met telefoonnummer XX XXX XXX**

### 2. Kamerkeuze

**Mijn vrije artskeuze wordt hierdoor niet beperkt.**

Ik wens opgenomen en verzorgd te worden:

**zonder honorariumsupplementen en zonder kamersupplement in een:**

*gemeenschappelijke kamer*

*tweepatiëntenkamer*

**in een individuele kamer**

met een kamersupplement van x euro per dag

Ik ben ervan op de hoogte dat de behandelende artsen bij opname in een individuele kamer **een honorariumsupplement van maximaal x %** op het wettelijk vastgelegde tarief van de medische prestaties mogen aanrekenen.

### 3. Opname van een kind begeleid door een ouder

Ik wens dat mijn kind onder mijn begeleiding wordt opgenomen en verzorgd tegen het wettelijk vastgelegde tarief, **zonder kamersupplement en zonder honorariumsupplement. Ik weet dat de opname gebeurt in een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer.**

Ik wens uitdrukkelijk dat mijn kind onder mijn begeleiding wordt opgenomen en verzorgd **in een individuele kamer, zonder kamersupplement.** Ik ben ervan op de hoogte dat de behandelende artsen bij opname **in een individuele kamer een honorariumsupplement van maximaal x %** op het wettelijk vastgelegde tarief van de medische prestaties mogen aanrekenen.

De **hotelkosten voor mijn verblijf als ouder** (o.a. bed, maaltijden, dranken...) **zal ik zelf betalen** volgens het tarief dat is opgenomen in de overzichtslijst van de prijzen van de courante goederen en diensten.

### 4. Voorschot

ik betaal hierbij x euro als voorschot voor mijn verblijf.

Deze ondertekende opnameverklaring geldt als ontvangstbewijs van het betaalde voorschot. Het voorschot zal bij de eindafrekening van het totaalbedrag van de patiëntenfactuur afgetrokken worden.

### 5. Facturatievoorwaarden

**Alle ziekenhuiskosten zullen gefactureerd worden door het ziekenhuis. Betaal nooit rechtstreeks aan de arts!**

Vrij in te vullen ruimte waar het ziekenhuis zijn facturatievoorwaarden vermeldt: betaalwijze, termijn van betaling, gevolgen van niet-tijdige betaling,....

Elke patiënt heeft recht op informatie over de financiële gevolgen van een ziekenhuisopname en zijn kamerkeuze. Elke patiënt heeft recht om door de betrokken arts geïnformeerd te worden over de kosten die hij zelf zal moeten betalen voor de te voorziene medische behandelingen.

Ik heb als bijlage bij dit document een toelichtingsdocument ontvangen met de vermelding van de kamer- en honorariumsupplementen. De overzichtslijst met de kostprijs van de in het ziekenhuis aangeboden goederen en diensten ligt ter inzage. Weet dat niet alle kosten op voorhand te voorzien zijn.

Opgemaakt te PLAATSNAAM ZIEKENHUIS op DATUM xx-xx-20xx in twee exemplaren voor de opname die start op xx-xx-20xx en geldig vanaf xx-xx-20xx om x uur

De patiënt of zijn vertegenwoordiger

Het ziekenhuis

voornaam, naam van de patiënt of zijn vertegenwoordiger (met rijksregisternummer)

voornaam, naam en hoedanigheid

Deze informatie van persoonlijke aard wordt u gevraagd door de beheerder van het ziekenhuis met het oog op een correcte behandeling van uw dossier en de facturatie van uw ziekenhuisopname. Door de Wet van 08-12-1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer, hebt u recht op toegang tot en correctie van uw gegevens.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 28 maart 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid,  
Mevr. L. ONDELINX

## Bijlage 2

Identificatie van het ziekenhuis

## Toelichting bij de opnameverklaring

U kan als patiënt een aantal keuzes maken die een belangrijke invloed hebben op de uiteindelijke kostprijs van uw ziekenhuisopname. Deze keuzes maakt u aan de hand van de opnameverklaring.

Met dit toelichtingsdocument willen wij u informeren over de kostprijs van uw ziekenhuisopname opdat u op de opnameverklaring weloverwogen keuzes kan maken.

De kostprijs wordt bepaald door de volgende factoren:

1. De manier waarop u verzekerd bent
2. Het type kamer waarvoor u kiest;
3. De duur van de opname;
4. De kosten voor apotheek;
5. De honoraria die de artsen en paramedici aanrekenen;
6. De kosten van eventuele bijkomende producten en diensten.

### Hebt u bijkomende vragen over de kosten verbonden aan uw medische behandeling en ziekenhuisverblijf?

Neem dan in eerste instantie contact op met tel. xx, e-mailadres, naam contactpersoon of dienst of met uw behandelende arts.

U kan ook terecht bij uw ziekenfonds.

Indien nodig kan u ook contact opnemen met de sociale dienst (*contactgegevens*) en met de ombudsdienst van ons ziekenhuis (*contactgegevens*)

Bijkomende informatie over de kosten verbonden aan uw verblijf en behandeling kan u vinden op (*website*)

In het kader van de wet “rechten van de patiënt” is elke beroepsbeoefenaar gehouden om de patiënt duidelijk te informeren over de beoogde behandeling. Deze informatie heeft ook betrekking op de financiële gevolgen van de behandeling.

### 1. Verzekering

Elke inwoner in België moet zich verplicht aansluiten bij een ziekenfonds. De ziekteverzekering betaalt via het ziekenfonds een deel van uw kosten voor medische behandeling en verblijf in het ziekenhuis. Als patiënt dient u een gedeelte zelf te betalen. Dit is het persoonlijk aandeel, ook remgeld genoemd. Sommige personen hebben onder meer op basis van inkomen en/of gezinssituatie recht op een **verhoogde tegemoetkoming** van het ziekenfonds (ook voorkeurtarief genoemd). Deze personen betalen bij een ziekenhuisopname een lager persoonlijk aandeel dan een gewoon verzekerde. U kan bij uw ziekenfonds navragen of u hierop recht hebt.

Personen die **niet in orde** zijn met hun verplichte ziekteverzekering moeten alle kosten van hun ziekenhuisopname zelf betalen. Die kosten kunnen zeer sterk oplopen. Het is dus van het grootste belang dat uw verplichte ziekteverzekering in orde is. Is er een probleem, dan neemt u best zo snel mogelijk contact op met uw ziekenfonds.

Bepaalde ingrepen (o.a. om **zuiver esthetische** redenen) worden niet door het ziekenfonds terugbetaald. In dit geval moet u alle kosten van uw ziekenhuisopname (medische behandeling en verblijf) volledig zelf betalen, ook als u van de verhoogde tegemoetkoming geniet. U kan terecht bij uw arts of uw ziekenfonds voor informatie over de terugbetaalbaarheid van bepaalde ingrepen.

Indien uw opname het gevolg is van een **arbeidsongeval**, dan moet u dat bij uw opname meedelen. Indien de arbeidsongevallenverzekering het ongeval erkent, zal zij de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis betalen. Bepaalde kosten worden nooit door de arbeidsongevallenverzekering vergoed, bijvoorbeeld de supplementen voor een eenpersoonskamer. Die moet u zelf betalen.



Indien u een **bijkomende hospitalisatieverzekering** heeft, dan kan uw verzekeringsmaatschappij eventueel bijkomend tussenkomen in de kosten van uw ziekenhuisopname. Enkel uw verzekeringsmaatschappij kan u informeren over de kosten die zij al dan niet zullen terugbetalen. Informeer u daarom bij uw verzekeraar.

Indien u zichzelf niet terugvindt in één van de gevallen hierboven beschreven (bijvoorbeeld: patiënt ten laste van een OCMW, patiënt verzekerd in een andere lidstaat van de Europese Unie, ...) neem dan contact op met *de sociale dienst van het ziekenhuis* om verdere informatie te verkrijgen over uw rechten.

## 2. Kamerkeuze

Het type kamer dat u kiest voor uw verblijf in het ziekenhuis is bepalend voor de kostprijs van uw ziekenhuisopname. Deze kamerkeuze heeft geen invloed op de kwaliteit van de zorgverstrekking en ook niet op uw vrije keuze van arts.

Als patiënt kan u kiezen voor:

- een *gemeenschappelijke kamer*
- een *tweepatiëntenkamer*
- een individuele kamer

Als u bij een opname met overnachting verblijft in een *gemeenschappelijke kamer of een tweepatiëntenkamer* betaalt u **geen kamersupplementen en geen honorariumsupplementen**.

Als u uitdrukkelijk kiest voor een verblijf in een individuele kamer (en er ook effectief verblijft), mag het ziekenhuis **kamersupplementen** en de artsen **honorariumsupplementen** aanrekenen. Het verblijf in een individuele kamer kost dus meer dan het verblijf in een gemeenschappelijke of een tweepatiëntenkamer.

**Bij de keuze voor een bepaald kamertype verklaart u zich akkoord met de ermee gepaard gaande financiële voorwaarden inzake kamersupplementen en honorariumsupplementen.**

- Indien u buiten uw wil verblijft in een duurder kamertype, gelden de financiële voorwaarden van het kamertype waarvoor u heeft gekozen (bijvoorbeeld: u kiest een gemeenschappelijke kamer en wegens onbeschikbaarheid krijgt u een individuele kamer, dan gelden de voorwaarden van de gemeenschappelijke kamer).
- Indien u buiten uw wil verblijft in een minder duur kamertype, gelden de financiële voorwaarden van het kamertype waarin u effectief verblijft. (bijvoorbeeld: u kiest een individuele kamer en wegens onbeschikbaarheid krijgt u een gemeenschappelijke kamer, dan gelden de voorwaarden van de gemeenschappelijke kamer, ook als u alleen verblijft op deze gemeenschappelijke kamer).

## 3. Kosten voor verblijf

### 1. Wettelijk persoonlijk aandeel per dag

Ongeacht de kamerkeuze, betaalt u voor uw verblijf en verzorging in het ziekenhuis per dag een wettelijk vastgelegd persoonlijk aandeel.

	Rechthebbende met voorkeurtarief	Kind, persoon ten laste	Langdurig werkloze (alleenstaand of gezinshoofd) en zijn persoon ten laste	Andere rechthebbende
<b>1ste dag</b>	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag
<b>Vanaf de 2de dag</b>	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag
<b>Vanaf de 91ste dag</b>	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag

In ons ziekenhuis bedraagt de verblijfskost xx euro per dag opname. Indien u niet in regel bent met uw ziekenfonds moet u dit volledig zelf betalen.

### 2. Kamersupplement per dag

Bij verblijf in een *gemeenschappelijke kamer of tweepatiëntenkamer* is het wettelijk verboden kamersupplementen aan te rekenen.

Indien u uitdrukkelijk kiest voor een individuele kamer en daar ook effectief verblijft, kan het ziekenhuis u een kamersupplement aanrekenen. Het kamersupplement in ons ziekenhuis bedraagt:

- *X euro / dag (dienst x of campus x)*
- *Y euro / dag ((dienst x of campus y)*

In de volgende uitzonderlijke situaties is het wettelijk verboden een kamersupplement aan te rekenen aan de patiënt:

- Wanneer uw behandelend arts oordeelt dat een opname in een individuele kamer medisch noodzakelijk is;
- Wanneer u wegens organisatorische redenen in een individuele kamer verblijft omdat het gekozen kamertype niet beschikbaar is;
- Wanneer u opgenomen wordt in of overgebracht naar een eenheid intensieve zorg of de spoedgevallendienst, voor de duur van het verblijf in die eenheid;
- Wanneer een kind wordt opgenomen samen met een begeleidende ouder.

#### 4. Kosten voor apotheek

Deze kosten omvatten de geneesmiddelen, implantaten, prothesen, niet-implanteerbare medische hulpmiddelen enz. Ongeacht het kamertype kunnen deze kosten gedeeltelijk of volledig ten laste zijn van de patiënt.

Voor de geneesmiddelen waarvoor de ziekteverzekering tussenkomt betaalt u per dag een vast persoonlijk aandeel ("forfait") van 0,62 euro. Op uw ziekenhuisfactuur is dit bedrag verrekend bij de verblijfskosten. Hierin zijn een groot aantal geneesmiddelen inbegrepen, die niet afzonderlijk worden gefactureerd. U moet dit forfait steeds betalen, ongeacht of en welke geneesmiddelen u werkelijk verbruikt.

De geneesmiddelen waarvoor de ziekteverzekering niet tussenkomt, zijn niet in dit forfait opgenomen en moet u volledig zelf betalen. Zij worden apart op de factuur vermeld.

De kosten van sommige implantaten, prothesen, niet-implanteerbare medische hulpmiddelen... moet u ook gedeeltelijk of volledig zelf betalen. De kostprijs ervan is afhankelijk van het type en van het materiaal waaruit zij vervaardigd zijn. Deze materialen en producten worden door de arts voorgeschreven. U kan bij uw arts terecht voor informatie over de aard en de prijs ervan.

#### 5. Kosten voor de honoraria van artsen

##### 1. Wettelijk tarief

Het officieel of wettelijk tarief, is het honorarium dat de arts mag aanrekenen aan de patiënt. Dit honorarium bestaat uit twee delen:

- het bedrag dat de ziekteverzekering terugbetaalt
- het wettelijk persoonlijk aandeel (= het bedrag dat je als patiënt zelf moet betalen). Soms wordt de volledige prestatie terugbetaald door de ziekteverzekering en is er geen persoonlijk aandeel verschuldigd.

Er bestaan ook prestaties waarvoor er geen tussenkomst van de ziekteverzekering is en waarvoor de arts het honorarium vrij kan bepalen.

##### 2. Wettelijk persoonlijk aandeel

Ongeacht de kamerkeuze, dient u voor uw (para)medische behandeling het wettelijk vastgelegde persoonlijk aandeel te betalen (= remgeld). Het wettelijk vastgelegde persoonlijk aandeel geldt voor alle patiënten die in orde zijn met hun ziekteverzekering. Personen die niet in orde zijn met hun verplichte ziekteverzekering moeten immers alle kosten van hun ziekenhuisopname zelf betalen (zie punt 1).

##### 3. Honorariumsupplement

Bovenop het wettelijk tarief kunnen de ziekenhuisartsen ook honorariumsupplementen aanrekenen. Deze honorariumsupplementen zijn volledig ten laste van de patiënt, hiervoor is geen tussenkomst vanuit de ziekteverzekering voorzien.

Indien u tijdens een opname met overnachting verblijft in een *gemeenschappelijke kamer of tweepatiëntenkamer* is het wettelijk verboden honorariumsupplementen aan te rekenen.

Het maximum honorariumsupplement dat in ons ziekenhuis aangerekend wordt, is terug te vinden in de opnameverklaring en bedraagt ... %.

Indien u uitdrukkelijk kiest voor een individuele kamer en er ook effectief verblijft, kunnen alle artsen u honorariumsupplementen aanrekenen.

- Het bedrag dat een arts in ons ziekenhuis mag aanrekenen als honorariumsupplement is maximaal xx % van het wettelijk vastgelegd tarief. Elke arts die tussenkomt in uw behandeling (anesthesist, chirurg,...) kan een ereloonsupplement aanrekenen.  
Bijvoorbeeld: een arts rekent maximaal 100% als honorariumsupplement. Voor een ingreep die wettelijk 75 euro kost en waarvoor het ziekenfonds 50 euro terugbetaalt, zal u 100 euro zelf betalen (25 euro persoonlijk aandeel en 75 euro honorariumsupplement).

In de volgende uitzonderlijke situaties is het wettelijk verboden een honorariumsupplement aan te rekenen aan de patiënt:

- Wanneer uw behandelend arts oordeelt dat een opname in een individuele kamer medisch noodzakelijk is;
- Wanneer u in een individuele kamer verblijft omdat het gekozen kamertype wegens organisatorische redenen niet beschikbaar is;
- Wanneer u opgenomen wordt in of overgebracht naar een eenheid intensieve zorg of de spoedgevallendienst, voor de duur van het verblijf in die eenheid.

#### **4. Opname van kind met begeleidende ouder**

U kan bij de opname van uw kind samen met een begeleidende ouder ervoor kiezen dat uw kind onder uw begeleiding wordt opgenomen en verzorgd tegen het wettelijk tarief, zonder kamersupplement en zonder honorariumsupplement. De opname van uw kind met de begeleidende ouder zal dan gebeuren in een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer.

Indien u bij de opname van uw kind samen met een begeleidende ouder uitdrukkelijk kiest voor een individuele kamer en ook effectief op een individuele kamer verblijft, mag het ziekenhuis u **geen kamersupplement** aanrekenen. Elke arts die tussenkomt in uw behandeling kan u eventueel **wél een honorariumsupplement** aanrekenen.

#### **5. Schematisch overzicht van de supplementen bij een opname met overnachting**

	<i>Keuze voor gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer</i>	Keuze voor individuele kamer
<b><u>Kamersupplement</u></b>	<b><u>NEEN</u></b>	<b><u>JA</u></b>  NEEN, indien: - uw arts beslist dat uw gezondheidstoestand, onderzoek, behandeling of toezicht een individuele kamer vereisen; - u gekozen heeft voor een <i>gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer</i> en die niet beschikbaar is; - u verblijft op de dienst intensieve zorgen of op de spoedgevallendienst - het een opname van een kind betreft, samen met een begeleidende ouder
<b><u>Honorariumsupplement</u></b>	<b><u>NEEN</u></b>	<b><u>JA</u></b>  NEEN, indien: - uw arts beslist dat uw gezondheidstoestand, onderzoek, behandeling of toezicht een individuele kamer vereisen; - u gekozen heeft voor een <i>gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer</i> en die niet beschikbaar is; - u verblijft op de dienst intensieve zorgen of op de spoedgevallendienst

**6. Facturatie**

Alle honorariumsupplementen zullen gefactureerd worden door het ziekenhuis.  
 Betaal deze nooit rechtstreeks aan de arts.  
 Aarzel niet om uw behandelende arts naar informatie te vragen over de honorariumsupplementen die hij toepast.

**6. Diverse andere kosten**

Tijdens het verblijf in het ziekenhuis kan u om medische en/of comfortredenen gebruik maken van een aantal producten en diensten (bv. telefoon, water, internet enz.).  
 Ook de kosten voor het verblijf (bedlinnen, maaltijden, enz.) van een begeleidend persoon die niet als patiënt is opgenomen en die bij u op de kamer verblijft, zullen als “diverse kosten” aangerekend worden.  
 Ongeacht het kamertype zijn deze kosten volledig ten uwen laste.

Een lijst met de prijzen van deze producten en diensten ligt ter inzage ... (*exacte plaats in het ziekenhuis in te vullen*) en kan ook geconsulteerd worden op de website van het ziekenhuis.

U krijgt hierna enkele voorbeelden van veel gevraagde diensten en producten:

- kamercomfort : *telefoon, ijskast, televisie en internetaansluiting*;
- eten en drinken : bijkomende maaltijden, tussendoortjes, snacks en dranken;
- hygiënische producten : basistoiletproducten (zeep, tandpasta, eau de cologne, ...) en basistoiletgerief (kam, tandenborstel, scheergerei, papieren zakdoekjes, ...);
- was (persoonlijk wasgoed);
- begeleider : bezetting van een kamer of bed, maaltijden en dranken;
- andere diverse goederen en diensten : andere veel gevraagde goederen (papflessen, spenen, borstpomp, krukken, oordopjes, kleine bureaubenodigheden, ...) en veel gevraagde diensten (manicure, pedicure, kapper, ...), ...

**7. Voorschotten**

Het ziekenhuis kan per verblijfsperiode van 7 dagen een voorschot vragen. De hoogte van de voorschotten is wettelijk beperkt.

	<i>Rechthebbende met voorkeurtarief</i>	<i>Kinderen als persoon ten laste</i>	<i>Andere rechthebbende</i>
<i>gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer</i>	<i>50 euro</i>	<i>75 euro</i>	<i>150 euro</i>
<i>individuele kamer</i>	<i>x euro</i>	<i>x euro</i>	<i>x euro</i>

Als het ziekenhuis op de hoogte is dat u van het voordeel van de maximumfactuur geniet, mag er enkel een voorschot worden gevraagd voor een verblijf op een individuele kamer en niet voor een verblijf op een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer.

**8. Varia**

Alle in dit document vermelde bedragen kunnen geïndexeerd worden en daardoor in de loop van de opname wijzigen. De bedragen gelden voor patiënten die in regel zijn met hun verplichte ziekteverzekering (zie punt 1).

**Hebt u nog vragen over de kosten verbonden aan uw medische behandeling en ziekenhuisverblijf?**

Neem dan in eerste instantie contact op met (*tel. xx, e-mailadres, naam contactpersoon of dienst*) of met uw behandelende arts.  
 U kan ook terecht bij uw ziekenfonds.

Indien nodig kan u ook contact opnemen met de sociale dienst (*contactgegevens*) en met de ombudsdienst van ons ziekenhuis (*contactgegevens*)  
 Bijkomende informatie over de kosten verbonden aan uw verblijf en behandeling kan u vinden op (*website*)

In het kader van de wet “rechten van de patiënt” is elke beroepsbeoefenaar gehouden om de patiënt duidelijk te informeren over de beoogde behandeling. Deze informatie heeft ook betrekking op de financiële gevolgen van de behandeling.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 28 maart 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid,  
 Mevr. L. ONDELINX



## Annexe 1

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

IDENTIFICATION  
DU PATIENT  
OU VIGNETTE  
DE LA MUTUELLE

IDENTIFICATION  
DE L'HÔPITAL

### 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 XXX au numéro XX XXX XXX**.

### 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 x euros par jour

Je sais qu'en cas d'admission en chambre individuelle, les médecins traitants peuvent facturer **un supplément d'honoraires de maximum x %** 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 x %** 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 x 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!**

Zone de texte où l'hôpital indique ses conditions de facturation: mode de paiement, délai de paiement, conséquences d'une absence de paiement dans les temps,...

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 LOCALITÉ DE L'HÔPITAL, le DATE xx-xx-20xx pour une admission débutant le xx-xx-20xx et valable à partir du xx-xx-20xx à x heures.

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.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 28 mars 2014 modifiant l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre de la Santé publique,  
Mme L. ONKELINX

## Annexe 2

Identification de l'hôpital

## Explications concernant la déclaration d'admission

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 déclaration d'admission que vous les faites.

Le présent document explicatif a pour but de vous informer sur le coût de votre hospitalisation, afin que vous puissiez décider en toute connaissance de cause lorsque vous remplissez votre déclaration d'admission.

Le coût est déterminé par les facteurs suivants:

1. la façon dont vous êtes assuré;
2. le type de chambre que vous choisissez;
3. la durée de votre séjour à l'hôpital;
4. les frais pharmaceutiques;
5. les honoraires facturés par les médecins et les paramédicaux;
6. les frais liés à d'éventuels produits et services complémentaires.

### **Vous avez d'autres questions concernant les frais liés à votre traitement médical ou à votre séjour à l'hôpital?**

Nous vous invitons à prendre d'abord contact avec (*nom de la personne de contact/du service, tél. xx, e-mail xx*) ou avec votre médecin traitant.  
Vous pouvez aussi vous adresser à votre mutualité.

Au besoin, le service social (*coordonnées*) et le service de médiation de notre hôpital (*coordonnées*) se tiennent également à votre disposition.

Vous trouverez de plus amples informations sur les frais liés à votre séjour et à votre traitement sur (*site web*).

La loi relative aux droits du patient prévoit que chaque praticien professionnel est tenu d'informer clairement le patient sur le traitement visé. Cette information concerne également les conséquences financières du traitement.

### **1. Assurance**

Toutes les personnes résidant en Belgique ont l'obligation de s'affilier à une mutualité. L'assurance maladie, par le biais de la mutualité, paie une partie des frais liés à votre traitement médical et à votre hospitalisation. En tant que patient, vous devez également supporter une partie de ces frais. C'est la quote-part personnelle (ou le ticket modérateur). Certaines personnes peuvent, compte tenu notamment de leurs revenus et/ou de leur situation familiale, prétendre à une **intervention majorée** de la mutualité (aussi appelée tarif préférentiel). En cas d'hospitalisation, ces personnes paient une quote-part personnelle inférieure à celle payée par un assuré ordinaire. N'hésitez pas à demander à votre mutualité si vous avez droit à l'intervention majorée.

Les personnes qui ne sont **pas en ordre** au niveau de l'assurance maladie obligatoire doivent supporter elles-mêmes **tous** les frais liés à leur hospitalisation. Ces frais peuvent être considérables. Il est donc extrêmement important que vous soyez en ordre au niveau de votre assurance maladie obligatoire. En cas de doute ou de problème, prenez contact avec votre mutualité le plus rapidement possible.

Certaines interventions (notamment celles à **caractère purement esthétique**) ne sont pas remboursées par la mutualité. Dans ce cas, vous devez payer vous-même la totalité des frais liés à votre hospitalisation (traitement médical et séjour), même si vous bénéficiez de l'intervention majorée. Nous vous invitons à vous adresser à votre médecin ou à votre mutualité pour des informations sur les possibilités de remboursement de certaines interventions.

Si votre hospitalisation est due à un **accident du travail**, veuillez le signaler lors de votre admission. Si l'assurance Accidents du travail reconnaît l'accident, elle paiera directement les frais à l'hôpital. Certains frais ne sont jamais remboursés par l'assurance Accidents du travail. C'est le cas, par exemple, des suppléments pour chambre individuelle: ces suppléments sont à votre charge.

Si vous avez souscrit une **assurance hospitalisation complémentaire**, votre compagnie d'assurances peut éventuellement intervenir, elle aussi, dans les frais liés à votre hospitalisation. Seule votre compagnie d'assurances peut vous informer sur les éventuels frais qu'elle remboursera. Informez-vous auprès de votre assureur.

Si vous n'êtes pas dans l'une des situations précitées (par exemple: patient à charge d'un CPAS, patient assuré dans un autre État membre de l'Union européenne,...), prenez contact avec le *service social de l'hôpital* pour de plus amples informations sur vos droits.

## 2. Choix de la chambre

Le type de chambre que vous choisissez pour votre séjour a une influence déterminante sur le coût de votre hospitalisation. Le choix de la chambre n'a aucun impact sur la qualité des soins dispensés ou sur la possibilité de choisir librement votre médecin.

En tant que patient, vous pouvez opter pour:

- une chambre commune,
- une chambre à deux lits,
- une chambre individuelle.

Si, en cas d'hospitalisation avec nuitée, vous occupez une chambre commune ou une chambre à deux lits, vous ne paierez **ni suppléments de chambre, ni suppléments d'honoraires**.

Si vous optez expressément pour une chambre individuelle (et si vous y séjournez effectivement), l'hôpital peut vous facturer des **suppléments de chambre**, et les médecins des **suppléments d'honoraires**. Un séjour en chambre individuelle est donc plus coûteux qu'un séjour en chambre commune ou en chambre à deux lits.

**En choisissant un certain type de chambre, vous marquez votre accord sur les conditions financières qui y sont liées en matière de suppléments de chambre et de suppléments d'honoraires.**

- Si vous séjournez indépendamment de votre volonté dans un type de chambre plus coûteux, les conditions financières liées au type de chambre que vous aviez choisi s'appliquent. (Vous optez par exemple pour une chambre commune mais, faute de chambre commune disponible, vous recevez une chambre individuelle. Les conditions de la chambre commune s'appliquent).
- Si vous séjournez indépendamment de votre volonté dans un type de chambre moins coûteux, les conditions financières liées au type de chambre que vous occupez effectivement s'appliquent. (Vous optez par exemple pour une chambre individuelle mais, faute de chambre individuelle disponible, vous recevez une chambre commune. Les conditions de la chambre commune s'appliquent, même si vous occupez seul cette chambre).

## 3. Frais de séjour

### 1. Quote-part personnelle légale par jour

Quel que soit le type de chambre choisi, vous payez une quote-part personnelle, prévue par la loi, par jour de séjour et de soins à l'hôpital.

	Bénéficiaire avec tarif préférentiel	Enfant, personne à charge	Chômeur de longue durée (isolé ou chef de ménage) et ses personnes à charge	Autre bénéficiaire
<b>1er jour</b>	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour
<b>À partir du 2ème jour</b>	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour
<b>À partir du 91ème jour</b>	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour

Dans notre hôpital, les frais de séjour s'élèvent à xx euros par jour d'admission. Si vous n'êtes pas en règle au niveau de votre mutualité, vous devrez payer vous-même l'intégralité de ces frais.

### 2. Supplément de chambre par jour

Il est strictement interdit de facturer des suppléments de chambre pour un séjour en *chambre commune* ou en *chambre à deux lits*.

Si vous optez expressément pour une chambre individuelle et si vous y séjournez effectivement, l'hôpital peut vous facturer un supplément de chambre. Le supplément de chambre dans notre hôpital est de:

- *X euros/jour (service x ou site x),*
- *Y euros/jour (service x ou site y).*

La loi interdit de facturer au patient un supplément de chambre dans les situations exceptionnelles suivantes:

- Si votre médecin traitant estime qu'une admission en chambre individuelle est médicalement requise;
- Si, pour des raisons d'organisation, vous occupez une chambre individuelle parce que le type de chambre choisi n'est pas disponible;
- Si vous êtes admis ou transféré dans une unité de soins intensifs ou au service des urgences et séjournez pour la durée du séjour dans cette unité;
- Si l'admission concerne un enfant accompagné d'un parent.

#### **4. Frais pharmaceutiques**

Ces frais concernent les médicaments, les implants, les prothèses, les dispositifs médicaux non implantables, etc. Ces frais peuvent être complètement ou partiellement à charge du patient, quel que soit le type de chambre choisi.

Pour les médicaments faisant l'objet d'une intervention de l'assurance maladie, vous payez une quote-part personnelle fixe de 0,62 euros par jour ("forfait"). Ce montant est porté en compte des frais de séjour sur votre facture d'hôpital. Les frais de séjour incluent un grand nombre de médicaments qui ne sont pas facturés à part. Vous devrez toujours payer ce forfait, que vous consommiez ou non des médicaments et quels que soient ces médicaments.

Les médicaments pour lesquels la mutualité n'intervient pas ne sont pas inclus dans ce forfait et sont intégralement à votre charge. Ils sont mentionnés à part sur la facture.

Le coût de certains implants, prothèses, dispositifs médicaux non implantables, etc. est aussi complètement ou partiellement à votre charge. Ce coût dépend du type de produit fourni et des matériaux dont est issu ce produit. Ces matériaux et produits sont prescrits par le médecin. N'hésitez pas à vous adresser à lui pour des informations sur leur nature et leur prix.

#### **5. Frais d'honoraires des médecins**

##### **1. Tarif légal**

On entend par tarif officiel ou légal, les honoraires que le médecin peut facturer au patient. Ces honoraires comprennent:

- le montant remboursé par l'assurance maladie,
- la quote-part personnelle légale (= le montant que vous devez payer en tant que patient). La prestation est parfois remboursée dans son intégralité par l'assurance maladie. Dans ce cas, aucune quote-part personnelle n'est due.

Il existe aussi des prestations qui ne font l'objet d'aucune intervention de l'assurance maladie et pour lesquelles le médecin est libre de fixer ses honoraires.

##### **2. Quote-part légale personnelle**

Quel que soit le type de chambre choisi, vous devez payer la quote-part personnelle légale (= ticket modérateur) pour votre traitement (para)médical. La quote-part personnelle légale concerne tous les patients en ordre au niveau de leur assurance maladie. Les personnes qui ne sont pas en ordre au niveau de leur assurance maladie doivent en effet supporter elles-mêmes tous les frais liés à leur hospitalisation (voir point 1).

##### **3. Supplément d'honoraires**

Les médecins hospitaliers peuvent, en plus du tarif légal, facturer des suppléments d'honoraires. Ces suppléments d'honoraires sont totalement à charge du patient: aucune intervention de l'assurance maladie n'est prévue les concernant.

La loi interdit de facturer des suppléments d'honoraires si, en cas d'hospitalisation avec nuitée, vous occupez une *chambre commune* ou une *chambre à deux lits*.

Le supplément d'honoraires maximal facturé dans notre hôpital figure dans la déclaration d'admission et s'élève à ... %.



Si vous optez expressément pour une chambre individuelle et si vous y séjournez effectivement, tous les médecins peuvent vous facturer des suppléments d'honoraires.

- Le montant que peut facturer un médecin comme supplément d'honoraires dans notre hôpital équivaut à maximum xx % du tarif légal. Tout médecin intervenant dans le cadre de votre traitement (anesthésiste, chirurgien,...) peut facturer un supplément d'honoraires.

Exemple: un médecin facture un supplément d'honoraires à 100% maximum. Pour une intervention coûtant légalement 75 euros et faisant l'objet d'un remboursement de 50 euros par la mutualité, vous paierez vous-même 100 euros (25 euros de quote-part personnelle et 75 euros de supplément d'honoraires).

La loi interdit de facturer un supplément d'honoraires au patient dans les situations exceptionnelles suivantes:

- Si votre médecin traitant estime qu'une admission en chambre individuelle est médicalement requise;
- Si, pour des raisons d'organisation, vous occupez une chambre individuelle parce que le type de chambre choisi n'est pas disponible;
- Si vous êtes admis ou transféré dans une unité de soins intensifs ou au service des urgences et séjournez pour la durée du séjour dans cette unité.

#### **4. Admission d'un enfant accompagné d'un parent**

En cas d'admission d'un enfant accompagné d'un parent, il est possible de choisir que cet enfant soit hospitalisé et soigné au tarif légal, sans supplément de chambre et sans supplément d'honoraires. L'admission d'un enfant accompagné d'un parent se fait alors dans une chambre de deux personnes ou dans une chambre commune.

Si, en cas d'hospitalisation d'un enfant accompagné d'un parent, il est expressément opté pour une chambre individuelle et si l'enfant et le parent accompagnant séjournent effectivement dans une telle chambre, l'hôpital ne peut pas facturer de **suppléments de chambre**. Toutefois, chaque médecin intervenant dans le cadre du traitement peut éventuellement **facturer un supplément d'honoraires**.

#### **5. Aperçu schématique des suppléments en cas d'admission avec nuitée**

	<i>Choix d'une chambre commune ou d'une chambre à deux lits</i>	<i>Choix d'une chambre individuelle</i>
<b><u>Supplément de chambre</u></b>	<b><u>NON</u></b>	<p><b><u>OUI</u></b></p> <p>NON, si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vous médecin décide que votre état de santé, vos examens, votre traitement ou votre surveillance nécessitent une chambre individuelle;</li> <li>vous avez opté pour une <i>chambre commune</i> ou pour une <i>chambre à deux lits</i>, mais aucune n'est disponible;</li> <li>vous êtes admis au service Soins intensifs ou au service des urgences;</li> <li>l'admission concerne un enfant accompagné d'un parent.</li> </ul>
<b><u>Supplément d'honoraires</u></b>	<b><u>NON</u></b>	<p><b><u>OUI</u></b></p> <p>NON, si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vous médecin décide que votre état de santé, vos examens, votre traitement ou votre surveillance nécessitent une chambre individuelle;</li> <li>vous avez opté pour une <i>chambre commune</i> ou pour une <i>chambre à deux lits</i>, mais aucune n'est disponible;</li> <li>vous êtes admis au service Soins intensifs ou au service des urgences;</li> </ul>

**6. Facturation**

**Tous les suppléments d'honoraires seront facturés par l'hôpital.  
Ne les payez jamais directement au médecin.  
N'hésitez pas à demander au médecin traitant des informations sur ses suppléments d'honoraires.**

**6. Autres frais divers**

Durant votre séjour à l'hôpital, il vous est possible, pour des raisons médicales et/ou pour une question de confort, de faire usage d'un certain nombre de produits et services (par exemple : téléphone, eau, internet, etc.).

Les frais de séjour (linge de lit, repas, etc.) d'un accompagnant qui n'a pas été admis comme patient et qui reste à votre chevet seront également facturés comme "frais divers".

Ces frais seront entièrement à votre charge, quel que soit le type de chambre choisi.

Le récapitulatif des prix de ces produits et services peut être consulté ... (*indiquer l'endroit exact dans l'hôpital*) ainsi que sur le site web de l'hôpital.

Ci-après, quelques exemples de services et produits très demandés:

- confort de la chambre: *téléphone, réfrigérateur, télévision et connexion internet;*
- repas et boissons: repas supplémentaires, en-cas, snacks et boissons;
- produits d'hygiène: articles de toilette de base (savon, dentifrice, eau de Cologne, ...) et nécessaire de toilette (peigne, brosse à dents, nécessaire de rasage, mouchoirs en papier, ...);
- lessive (linge personnel);
- accompagnant: occupation d'une chambre ou d'un lit, repas et boissons;
- autres biens et services divers: autres biens très demandés (biberons, tétines, tire-lait, béquilles, boules Quies, petit nécessaire de bureau, ...) et services très demandés (manucure, pédicure, coiffeur, ...),...

**7. Acomptes**

L'hôpital peut demander un acompte par période de séjour de 7 jours. Le montant des acomptes est prévu par la réglementation.

	<i>Bénéficiaire avec tarif préférentiel</i>	<i>Enfants en qualité de personnes à charge</i>	<i>Autre bénéficiaire</i>
<i>Chambre commune ou chambre à deux lits</i>	<i>50 euros</i>	<i>75 euros</i>	<i>150 euros</i>
<i>Chambre individuelle</i>	<i>x euros</i>	<i>x euros</i>	<i>x euros</i>

Si l'hôpital est informé du fait que vous bénéficiez du maximum à facturer, un acompte ne peut vous être demandé que pour un séjour en chambre individuelle, et non pour un séjour en chambre à deux lits ou en chambre commune.

**8. Divers**

Tous les montants mentionnés dans le présent document peuvent faire l'objet d'une indexation et, par conséquent, être modifiés durant la période d'hospitalisation. Ces montants s'appliquent aux patients qui sont en règle au niveau de leur assurance maladie obligatoire (voir point 1).

**Vous avez d'autres questions concernant les frais liés à votre traitement médical ou à votre séjour à l'hôpital?**

Nous vous invitons à prendre d'abord contact avec (*nom de la personne de contact/du service, tél. xx, e-mail xx*) ou avec votre médecin traitant.

Vous pouvez aussi vous adresser à votre mutualité.

Au besoin, le service social (*coordonnées*) et le service de médiation de notre hôpital (*coordonnées*) se tiennent également à votre disposition.

Vous trouverez de plus amples informations sur les frais liés à votre séjour et à votre traitement sur (*site web*).

La loi relative aux droits du patient prévoit que chaque praticien professionnel est tenu d'informer clairement le patient sur le traitement visé. Cette information concerne également les conséquences financières du traitement.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 28 mars 2014 modifiant l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre de la Santé publique,  
Mme L. ONKELINX