

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

[C – 2015/24265]

9 NOVEMBRE 2015. — 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, l'article 30/2, § 3, inséré par la loi du 7 février 2014 et l'article 98, alinéa 1^{er};

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 9 juin 2015;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 9 septembre 2015;

Vu l'avis 58.084/3 du Conseil d'Etat, donné le 12 octobre 2015, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, 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^{er}. A l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital, modifié par les arrêtés royaux du 15 décembre 2008, du 28 juin 2011 et du 28 mars 2014, les annexes 3 et 5 sont remplacées par les annexes 1^{re} et 2 jointes au présent arrêté.

Art. 2. A l'article 2 du même arrêté, remplacé par l'arrêté royal du 15 décembre 2008 et modifié par l'arrêté royal du 28 mars 2014, les modifications suivantes sont apportées :

1^o le paragraphe 2 est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« Lors d'une admission dans un hôpital psychiatrique, une liste des prix des biens et des services les plus courants est remise au patient, avec le document explicatif, tel que visé à l'annexe 5 »;

2^o le paragraphe 2 est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« En dérogation à l'alinéa 1^{er}, les hôpitaux qui ne facturent pas de supplément de chambre ni de suppléments d'honoraires peuvent déroger aux modèles et ce également en ce qui concerne le texte qui n'est pas en italique. Ils peuvent informer les patients de manière simplifiée des implications financières d'une admission en hôpital. ».

Art. 3. Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 9 novembre 2015.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre de la Santé publique,
Mme M. DE BLOCK

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

[C – 2015/24265]

9 NOVEMBER 2015. — 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, artikel 30/2, §3, ingevoegd bij de wet van 7 februari 2014 en artikel 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 9 juni 2015;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, d.d. 9 september 2015;

Gelet op advies 58.084/3 van de Raad van State, gegeven op 12 oktober 2015, met toepassing van artikel 84, §1, eerste lid, 1^o, 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, 28 juni 2011 en 28 maart 2014, worden de bijlagen 3 en 5 vervangen door de bijlagen 1 en 2 gevoegd bij dit besluit.

Art. 2. In artikel 2 van hetzelfde besluit, vervangen bij het koninklijk besluit van 15 december 2008 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 28 maart 2014, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1^o paragraaf 2 wordt aangevuld met een lid luidende :

'Bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis wordt aan de patiënt samen met het document met de toelichting zoals bedoeld in bijlage 5, een lijst met de prijzen van de meest voorkomende goederen en diensten bezorgd.';

2^o paragraaf 4 wordt aangevuld met een lid luidende :

'In afwijking op het eerste lid mogen ziekenhuizen die noch kamersupplementen noch honorariumsupplementen aanrekenen ook voor wat betreft de niet-cursief gedrukte tekst van de modellen afwijken. Zij mogen de patiënt op een vereenvoudigde manier informeren over de financiële implicaties van een ziekenhuisopname.'.

Art. 3. De minister bevoegd voor Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 9 november 2015.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid,
Mevr. M. DE BLOCK

Annexe 1 à l'arrêté royal du 9 novembre 2015 modifiant l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital

Annexe 3 de l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital

CODE BARRE DE L'HÔPITAL POUR
ARCHIVER LE DOCUMENT DE
MANIÈRE ÉLECTRONIQUE

IDENTIFICATION
DU PATIENT
OU VIGNETTE
DE LA MUTUELLE

IDENTIFICATION
DE L'HÔPITAL

DÉCLARATION D'ADMISSION EN CAS D'ADMISSION DANS UN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

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 admission dans un hôpital entraîne des frais pour vous en tant que patient. En tant que patient, vous pouvez faire des choix qui auront une influence majeure sur le coût final. C'est au moyen de la présente déclaration d'admission que vous effectuez ces choix. Chaque patient a le droit de recevoir des informations sur les conséquences financières de son admission à l'hôpital et de son choix de chambre. C'est pourquoi il est très important que vous lisiez attentivement le formulaire d'information que vous recevez avec le présent document avant de compléter et de signer cette déclaration d'admission. Si vous avez des questions, vous pouvez prendre contact avec le **XXX auprès du service XXX au numéro de téléphone XX XXX XXX**.

2. Choix de la chambre

Mon libre choix d'un médecin n'est pas limité par le choix de chambre.

Je choisis de séjourner dans une :

chambre commune
sans supplément d'honoraires et sans supplément de chambre

chambre à deux lits
sans supplément d'honoraires et sans supplément de chambre

chambre individuelle

- avec un supplément de chambre de x euros par jour.

- Je suis informé que les médecins peuvent facturer, en cas d'admission en chambre individuelle, **un supplément d'honoraires de maximum x %** sur le tarif officiel des prestations médicales.

Si je ne choisis pas, je suis informé que, sous réserve d'exceptions médicales, je séjournerai en chambre commune ou en chambre à deux lits.

3. Admission d'un enfant accompagné par un parent

Je souhaite que mon enfant soit hospitalisé sous mon accompagnement et soigné au tarif officiellement fixé. Cela signifie qu'aucun **supplément de chambre et qu'aucun supplément d'honoraire ne sont facturés. Je suis informé que l'hospitalisation se fait en chambre à deux lits ou en chambre commune.**

Je souhaite expressément que mon enfant soit admis sous mon accompagnement et soigné **en chambre individuelle. Cela signifie qu'aucun supplément de chambre n'est facturé par l'hôpital.** Je suis informé qu'en cas d'hospitalisation en chambre individuelle, **un supplément d'honoraire de maximum x %** du tarif officiellement fixé des prestations médicales peut être facturé.

Les **frais d'hôtel pour mon séjour en tant que parent** (notamment lit, repas, boissons...) **seront à ma charge**, selon le tarif repris dans la liste des prix des biens et services courants.

Annexe 2 à l'arrêté royal du 9 novembre 2015 modifiant l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital

Annexe 5 de l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital

Identification de l'hôpital

Explications concernant le document "Déclaration d'admission" en cas d'admission dans un hôpital psychiatrique

En tant que patient, vous pouvez faire certains choix concernant votre hospitalisation qui ont une influence considérable sur le coût de celle-ci. Vous devez indiquer ces choix dans le document intitulé "Déclaration d'admission".

Pour choisir, vous devez obtenir une information correcte sur les possibilités de choix et sur l'influence de ces choix sur le coût. Cette information vous est fournie dans les pages suivantes. Un collaborateur de notre hôpital examinera avec vous cette notice explicative lors d'un entretien. Pendant cet entretien, vous pouvez vous faire assister par une personne de confiance de votre choix.

Dans le cadre de la "loi relative aux droits du patient", chaque praticien professionnel doit de toute façon informer clairement le patient sur le traitement visé. Cette information concerne également les conséquences financières du traitement. Si vous souhaitez en savoir plus sur vos droits en tant que patient, renseignez-vous auprès d'un collaborateur de l'hôpital.

Si après avoir lu cette notice explicative, vous avez encore des questions concernant le coût de votre traitement médical ou de votre séjour à l'hôpital :

Veillez alors contacter (*nom de la personne de contact/du service, tél. xx, e-mail xx*).

Vous pouvez aussi vous adresser à votre mutualité.

Au besoin, le service social (*coordonnées*) se tient également à votre disposition.

Vous trouverez de plus amples informations sur les frais liés à votre séjour et à votre traitement sur notre site internet www.urhospital.be

1. Votre assurance

Le coût de votre hospitalisation dépend, pour certains éléments, de votre droit au remboursement de prestations médicales dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. Ce droit à des remboursements est géré par votre mutualité.

Si vous n'êtes PAS en règle avec votre assurance-maladie obligatoire, vous payez vous-même l'intégralité de ce coût. Ce coût peut être considérable. Il est donc extrêmement important que votre statut d'assurance soit en règle.

En cas de problème, prenez contact avec votre mutualité le plus rapidement possible.

Si vous ÊTES en règle, l'assurance-maladie prend en charge, via votre mutualité, une partie du coût. La partie restante est celle que vous, en tant que patient, devez payer vous-même. C'est le ticket modérateur fixé par les autorités. Quels que soient les choix que vous faites ci-dessous, vous payez donc vous-même une partie du coût. Le niveau du ticket modérateur dépend du fait que vous ayez droit ou non à une intervention majorée de l'assurance-maladie. Si vous avez droit à une intervention majorée, l'assurance-maladie prend en charge une part plus importante du coût de votre hospitalisation. En conséquence, vous payez vous-même une part moins élevée qu'un assuré ordinaire.

Selon les données actuellement en notre possession:

- Vous n'êtes PAS en règle, et vous devez payer vous-même l'intégralité du coût de votre hospitalisation.
- Vous ÊTES en règle, et vous appartenez à l'une des catégories suivantes:
 - Vous êtes un assuré ordinaire.
 - Vous êtes au chômage depuis plus de 12 mois.
 - Vous êtes enfant à charge.
 - Autre

 - Vous avez droit à l'intervention majorée.
L'assurance maladie prend en charge une part plus importante du coût de l'hospitalisation dans le cas de personnes vulnérables en fonction notamment de leurs revenus et/ou de leur situation familiale.
 - Vous avez des personnes à charge ou vous versez une pension alimentaire.
- Nous disposons actuellement de données insuffisantes pour déterminer vos droits.

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.

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. Renseignez-vous auprès de votre assureur.

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, par exemple les frais supplémentaires liés à une chambre individuelle. Ceux-ci sont à votre charge.

2. Les coûts liés à votre hospitalisation

Le coût de votre hospitalisation se compose de plusieurs éléments.

1. Il existe des coûts sur lesquels vous n'avez AUCUN contrôle et pour lesquels vous n'avez donc aucune possibilité de choix. Il s'agit:
 - 1.1. des frais de votre séjour ;
 - 1.2. des frais de médicaments et de dispositifs médicaux ;
 - 1.3. des honoraires officiels, fixés par l'assurance-maladie (sans suppléments), facturés par les médecins et kinésithérapeutes sans suppléments.

2. Il existe des coûts sur lesquels vous POUVEZ exercer une influence et pour lesquels vous disposez donc d'une possibilité de choix. Il s'agit :
 - 2.1 des coûts supplémentaires si vous optez pour une chambre individuelle:
 - *suppléments d'honoraires pour les médecins*
 - 2.2 des coûts relatifs aux éventuels produits et services supplémentaires dont vous faites usage.

3. Coûts sur lesquels vous n'avez aucun contrôle

Voici des précisions concernant les 3 coûts sur lesquels vous n'avez aucune influence.

3.1. Le prix de votre séjour à l'hôpital

Le prix journalier d'un séjour à l'hôpital est fixé par les autorités. Pour notre hôpital, ce montant est de XX,XX euros.

La part de ce prix total de votre séjour que vous devez prendre en charge (via le ticket modérateur) dépend de la manière dont vous êtes assuré (voir point 1).

En fonction de votre situation, le ticket modérateur est le suivant:

Pour le premier jour		<u>XX,XX euros</u>
À partir du deuxième jour	jusqu'au 90 ^e jour inclus	<u>XX,XX euros</u>
À partir du 91 ^e jour	jusqu'au 365 ^e inclus (= 1 an)	<u>XX,XX euros</u>
À partir du 366 ^e jour	jusqu'à 5 ans	<u>XX,XX euros</u>
Au-delà de 5 ans		<u>XX,XX euros</u>

Vous ne payez AUCUN ticket modérateur lorsque vous recevez uniquement un traitement de jour et que vous ne séjournez pas de nuit à l'hôpital.

3.2. Frais de médicaments et de dispositifs médicaux

Pour la totalité des médicaments consommés, vous ne payez qu'une quote-part personnelle fixe de 0,80 euro par jour. C'est le "forfait médicaments". Vous devez toujours payer ce forfait, que vous consommiez ou non des médicaments et quels que soient ces médicaments. L'hôpital vous fournit également des médicaments lors de courtes absences dans le cadre de votre traitement. Le forfait de 0,80 euro vous sera également facturé pendant ces jours d'absence.

Si vous êtes en traitement de jour ou que vous séjournez seulement de nuit à l'hôpital, vous recevez uniquement les médicaments pour les jours/les nuits où vous êtes présent. En conséquence, vous ne paierez le forfait médicaments que pour ces jours ou nuits de présence.

Si des dispositifs médicaux sont nécessaires pendant votre traitement, vous serez informé du prix de ceux-ci préalablement à l'utilisation de ces dispositifs médicaux.

3.3. Coût des prestations des médecins et kinésithérapeutes

3.3.1. Prestations pour lesquelles il existe une intervention de l'assurance-maladie

L'assurance-maladie détermine le montant de base qu'un médecin est autorisé à facturer pour ses prestations. Ce tarif officiel représente les honoraires que le médecin est autorisé à facturer.

Les honoraires du médecin se composent de deux parties:

- un montant remboursé par l'assurance maladie,
- un montant que vous devez payer vous-même en tant que patient: le ticket modérateur.

En plus de ces honoraires, le médecin est autorisé dans certains cas à facturer un supplément d'honoraires (voir point 4.1.2).

- Vous payez un ticket modérateur unique pour certaines prestations médico-techniques au sein de notre hôpital psychiatrique: radiologie, laboratoire... Il s'agit d'un montant fixe (forfait) que vous ne payez qu'une seule fois.

Compte tenu de votre situation (point 1), votre quote-part personnelle unique s'élève à XX,XX euros.

Certaines prestations médico-techniques ne sont toutefois pas comprises dans ce forfait. Pour ces prestations, l'hôpital peut donc vous facturer un ticket modérateur supplémentaire.

Un exemple de ce genre de prestations est celui des prestations des kinésithérapeutes lorsqu'il s'agit d'une thérapie non liée à la problématique psychiatrique.

- Vous payez un ticket modérateur lorsque le psychiatre, au début de votre hospitalisation, réalise un examen d'admission: XX,XX euros.

- Vous payez un ticket modérateur lorsque le psychiatre, à la fin de votre séjour, réalise un examen de sortie: XX,XX euros.

Si vous N'AVEZ PAS DROIT à une intervention majorée, vous payez un ticket modérateur pour:

- la surveillance exercée par le psychiatre ou le neuropsychiatre. Ces honoraires de surveillance sont facturés chaque jour, même si vous n'avez pas vu le médecin ce jour-là. Le montant relatif à cette surveillance dépend du service où vous séjournez et du temps depuis lequel vous êtes hospitalisé.
- la surveillance par le psychiatre ou le neuropsychiatre les jours où vous avez été absent de l'hôpital psychiatrique pour un congé thérapeutique planifié.

Lorsque vous avez droit à une intervention majorée, vous ne payez PAS de ticket modérateur pour ces honoraires de surveillance.

3.3.2. Prestations pour lesquelles il n'existe aucune intervention de l'assurance-maladie

Il existe aussi des prestations qui ne font l'objet d'aucune intervention de l'assurance-maladie et pour lesquelles ce n'est donc pas l'assurance-maladie, mais le médecin qui fixe librement ses honoraires.

Dans ce cas-là, vous payez vous-même ces honoraires. Votre médecin vous informera à l'avance du coût de ces prestations.

3.3.3. Prestations dans un autre hôpital

Il peut arriver que pendant votre hospitalisation, vous nécessitez des examens ou des prestations médico-techniques que l'hôpital psychiatrique ne peut pas vous offrir.

Dans ces cas-là, des prestations qui ont été accomplies dans un autre hôpital peuvent apparaître sur votre facture.



4. Coûts sur lesquels vous avez un contrôle

Il existe certains coûts d'une hospitalisation sur lesquels vous pouvez exercer une influence et pour lesquels vous disposez donc d'une possibilité de choix.

4.1. Coûts liés au choix d'une chambre individuelle

En tant que patient en hospitalisation complète ou en hospitalisation de nuit, vous pouvez choisir:

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

Votre choix de chambre n'a aucun impact sur la qualité des soins dispensés ni sur la possibilité de choisir librement votre psychiatre traitant.

Votre choix de chambre a toutefois une influence sur le coût de votre hospitalisation.

Si vous optez expressément pour une chambre individuelle et y séjournez effectivement, l'hôpital est autorisé à vous facturer un supplément pour la chambre. C'est le **supplément de chambre**.

En plus de cela, les médecins sont autorisés à facturer un **supplément sur les honoraires** fixés par l'assurance-maladie.

Si, lors d'une hospitalisation, vous optez pour un séjour en chambre commune ou en chambre à deux lits, vous ne paierez **ni suppléments de chambre, ni suppléments d'honoraires**.

Un séjour en chambre individuelle peut coûter plus cher qu'un séjour en chambre commune ou en chambre à deux lits.

Si vous n'émettez aucun choix, vous séjournerez, sauf exception médicale, en chambre commune ou en chambre à deux lits, sans facturation de suppléments de chambre ni de suppléments d'honoraires.

En tant que patient en traitement de jour (sans nuitée), vous n'occupez pas de chambre et, par conséquent, vous ne paierez jamais de suppléments de chambre.

4.1.1. Supplément de chambre

Si vous optez expressément pour une chambre individuelle et y séjournez effectivement, l'hôpital est autorisé à 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 y ou site y).

4.1.2. Suppléments d'honoraires

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

Dans le cas où l'hôpital psychiatrique ne facture pas de suppléments d'honoraires:

"Dans notre hôpital, nous ne facturons aucun supplément d'honoraires".

Dans le cas où l'hôpital psychiatrique facture des suppléments d'honoraires:

Le montant qu'un médecin est autorisé à facturer comme supplément d'honoraires dans notre hôpital équivaut à maximum xx % du tarif officiel fixé par l'assurance-maladie. Chaque médecin intervenant dans votre traitement peut donc vous facturer un supplément d'honoraires.

Exemple: un médecin facture un supplément d'honoraires de 100%. Dans ce cas, une prestation dont le tarif officiel est de 75 euros, coûtera au total 150 euros. La base du remboursement de la mutualité est toujours le tarif officiel. Il y a dans ce cas une intervention de 50 euros de l'assurance-maladie, ainsi qu'un ticket modérateur de 25 euros. Vous devrez donc payer vous-même 100 euros (25 euros de ticket modérateur et 75 euros de supplément).

N'hésitez pas à demander des précisions à votre médecin traitant concernant les suppléments d'honoraires qu'il pratique, si vous séjournez en chambre individuelle.

4.1.3. Situations où la facturation de suppléments de chambre et d'honoraires n'est pas autorisée

Dans les situations exceptionnelles suivantes, l'hôpital n'est légalement jamais autorisé à vous facturer des suppléments de chambre ou d'honoraires:

- si vous avez opté pour une chambre commune ou à deux lits et que vous êtes soigné(e) en chambre individuelle parce que:
 - votre médecin traitant a décidé qu'un séjour en chambre individuelle était à recommander;
 - parce qu'aucune chambre commune ou à deux lits n'est disponible;
- si vous avez opté pour une chambre individuelle, mais que vous séjournez en chambre à deux lits ou en chambre commune (par exemple parce qu'aucune chambre individuelle n'est disponible).

Dans le cas exceptionnel suivant, l'hôpital n'est légalement jamais autorisé à facturer un supplément de chambre:

- *lorsque l'admission concerne un enfant accompagné d'un parent.*

Aperçu schématique des suppléments en cas d'hospitalisation avec nuitée

	Si vous optez pour une chambre commune ou une chambre à deux lits	Si vous optez pour une chambre individuelle
<u>Supplément de chambre</u>	NON	<u>OUI</u> sauf lorsque : <ul style="list-style-type: none"> - votre médecin décide que votre état de santé, vos examens, votre traitement ou votre surveillance nécessitent une chambre individuelle; - vous avez opté pour une chambre commune ou pour une chambre à deux lits, mais aucune n'est disponible; - l'admission concerne un enfant accompagné d'un parent.
<u>Supplément d'honoraires</u>	NON	<u>OUI</u> sauf lorsque : <ul style="list-style-type: none"> - votre médecin décide que votre état de santé, vos examens, votre traitement ou votre surveillance nécessitent une chambre individuelle; - vous avez opté pour une chambre commune ou pour une chambre à deux lits, mais aucune n'est disponible.

4.2. Frais relatifs à des services et/ou produits supplémentaires éventuels dont vous faites usage

Pendant votre séjour à l'hôpital, il se peut que vous fassiez appel, pour des raisons médicales et/ou de confort, à divers produits et services (p. ex. coiffeur, blanchisserie, etc.).

Quel que soit le type de chambre que vous avez choisi, vous devez payer vous-même l'intégralité de ces coûts.

Vous trouverez en annexe à cette notice explicative une liste des prix des produits et services les plus courants. Cette liste peut également être consultée ... (*indiquer l'endroit exact dans l'hôpital*) ainsi que sur le site internet de l'hôpital. Voici quelques exemples de produits et services fréquemment demandés :

- confort dans la chambre, par exemple : *utilisation d'un téléphone* ;
- nourriture et boissons supplémentaires, par exemple: *en-cas, snacks et boissons* ;
- produits d'hygiène, par exemple : *articles de toilette de base (par exemple savon, dentifrice et eau de Cologne...) et nécessaire de toilette de base (par exemple peigne, brosse à dents, nécessaire de rasage et mouchoirs en papier)* ;
- lessive (linge personnel) ;

- dans le cas d'un enfant accompagné: occupation d'une chambre ou d'un lit, repas et boissons;
- autres biens et services divers (par exemple boules Quies et petits accessoires de bureau, manucure, pédicure, coiffeur et blanchisserie) ;
- excursions, séjours de vacances.

Si certains services et/ou produits supplémentaires n'apparaissent pas sur cette liste, l'hôpital vous informera au préalable du prix des biens et services supplémentaires dont vous souhaitez faire usage. L'hôpital vous fournira également les explications nécessaires sur le contenu des biens et services. Vous pourrez ainsi, sur la base d'une information complète, décider d'utiliser ou non les biens et services supplémentaires.

5. Simulation

Vous trouverez en annexe un premier calcul provisoire pour 1 mois de séjour afin de vous faire une idée du coût de votre hospitalisation.

Ce premier calcul provisoire a été établi sur la base des données relatives à votre situation (voir point 1), en fonction des informations dont nous disposons à ce jour.

6. Admission d'un enfant accompagné d'un parent

En cas d'admission de votre enfant accompagné d'un parent, vous pouvez choisir que votre enfant soit hospitalisé et soigné au tarif officiel, c'est-à-dire sans supplément de chambre et sans supplément d'honoraires. L'admission de votre enfant accompagné d'un parent se fera alors en chambre à deux lits ou en chambre commune.

*Si, en cas d'hospitalisation de votre enfant accompagné d'un parent, vous optez expressément pour une chambre individuelle et si vous séjournez effectivement en chambre individuelle, l'hôpital ne peut **pas** vous facturer de **suppléments de chambre**. **Toutefois**, chaque médecin intervenant dans le traitement peut éventuellement **facturer un supplément d'honoraires**.*

7. Facturation

Les éléments que vous devez payer vous-même font l'objet d'une facture. Tant le contenu que la forme de cette facture sont définis par les autorités.

Tous les coûts et suppléments de chambre et d'honoraires sont facturés par l'hôpital. Nos médecins et autres intervenants ne vous demanderont jamais de les payer directement. Payez donc uniquement la facture envoyée par l'hôpital.

Si vous avez des questions en rapport avec votre facture, prenez alors contact avec (*tél. xx, adresse e-mail, nom de la personne de contact ou service*).

Vous pouvez également vous adresser à votre mutualité.

8. Droits du patient

Dans le cadre de la "loi relative aux droits du patient", chaque praticien professionnel est tenu d'informer clairement le patient sur le traitement visé. Cette information concerne également les conséquences financières du traitement.

Vous pouvez obtenir des précisions sur les droits du patient auprès du médiateur de notre hôpital: *nom, tél., adresse e-mail, heures et lieu de consultation*.

9. Divers

Tous les montants mentionnés dans ce document peuvent faire l'objet d'une indexation et, par conséquent, être modifiés durant la période d'hospitalisation. Nous vous rappelons que ces montants s'appliquent aux patients qui sont en règle avec leur assurance obligatoire contre la maladie (voir ci-dessus).

Vous avez encore des questions concernant les coûts de votre traitement médical ou de votre séjour à l'hôpital?

→ Veuillez contacter (*nom de la personne de contact/du service, tél. xx, e-mail xx*).

→ Vous pouvez aussi vous adresser à votre mutualité.

→ Au besoin, le service social (*coordonnées*) se tient également à votre disposition.

Vous trouverez de plus amples informations sur les coûts liés à votre séjour et à votre traitement sur notre site internet www.urlhôpital.be.

Vu pour être annexé à l'arrêté du 9 novembre 2015 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 M. DE BLOCK

Bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 9 november 2015 tot wijziging van het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis

Bijlage 3 bij het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis

BARCODE VAN HET ZIEKENHUIS
OM HET DOCUMENT
ELEKTRONISCH TE ARCHIVEREN

IDENTIFICATIE
VAN DE PATIËNT
OF KLEEFVIGNET
VAN HET ZIEKENFONDS

IDENTIFICATIE
VAN HET ZIEKENHUIS

OPNAMEVERKLARING BIJ OPNAME IN EEN PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

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

Elke opname in een ziekenhuis brengt voor u als patiënt 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. Elke patiënt heeft recht op informatie over de financiële gevolgen van zijn ziekenhuisopname en zijn kamerkeuze. Het is daarom zeer belangrijk dat u het toelichtingsformulier dat u samen met dit document ontvangt, grondig leest alvorens deze opnameverklaring in te vullen en te ondertekenen. Ingeval van vragen, kan u contact opnemen met **XXX bij de dienst XXX met telefoonnummer XX XXX XXX**

2. Kamerkeuze

Mijn vrije keuze van arts wordt niet beperkt door de kamerkeuze.

Ik kies ervoor te verblijven in een:

gemeenschappelijke kamer

zonder honorariumsupplementen en zonder kamersupplement

tweepatiëntenkamer

zonder honorariumsupplementen en zonder kamersupplement

individuele kamer

-met een kamersupplement van x euro per dag

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

Indien ik geen keuze maak, ben ik ervan op de hoogte dat ik, behoudens medische uitzonderingen, zal verblijven in een gemeenschappelijke kamer of een tweepatiëntenkamer.

3. Opname van een kind begeleid door een ouder

Ik wens dat mijn kind onder mijn begeleiding wordt opgenomen en verzorgd tegen het officieel vastgelegde tarief. Dit betekent dat er geen kamersupplement en geen honorariumsupplement wordt aangerekend. 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. Dit betekent dat er door het ziekenhuis geen kamersupplement wordt aangerekend. Ik ben ervan op de hoogte dat de behandelende artsen bij opname in een individuele kamer een honorariumsupplement van maximaal x % op het officieel 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. Facturatievoorwaarden

Alle ziekenhuiskosten zullen gefactureerd worden door het ziekenhuis. Onze artsen en andere hulpverleners zullen u nooit vragen om hen rechtstreeks te betalen. Betaal enkel de door het ziekenhuis bezorgde factuur.

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

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 *alsook een simulatie* en een lijst met de kostprijs van de meest voorkomende in het ziekenhuis aangeboden goederen en diensten. Ik ben op de hoogte 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

<u>Voor naam, naam van de patiënt of zijn vertegenwoordiger in het kader van de patiëntenrechtenwet</u>	Het ziekenhuis <u>voornaam, naam en hoedanigheid</u>
---	---

De patiënt wordt vertegenwoordigd door (naam, voornaam, rijksregisternummer)

De patiënt wenst dat dit document ook wordt bezorgd aan (naam, adres)

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 9 november 2015 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. M. DE BLOCK

Bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 9 november 2015 tot wijziging van het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis

Bijlage 5 bij het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis

Identificatie van het
ziekenhuis

Toelichting bij het document “opnameverklaring” bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis

U kan als patiënt een aantal keuzes in verband met uw opname in het ziekenhuis maken die een belangrijke invloed hebben op de kosten ervan. U moet die keuzes aanduiden in het document “opnameverklaring”.

Om te kunnen kiezen, moet u goede informatie hebben over de keuzemogelijkheden en over de invloed hiervan op de kosten.. Deze informatie vindt u hieronder. Een medewerker van ons ziekenhuis zal deze toelichting ook in een gesprek met u doornemen. U kan zich tijdens dit gesprek laten bijstaan door een vertrouwenspersoon, die u zelf kiest.

In het kader van de wet “rechten van de patiënt” moet elke beroepsbeoefenaar sowieso de patiënt duidelijk informeren over de beoogde behandeling. Deze informatie heeft ook betrekking op de financiële gevolgen van de behandeling. Indien u meer over uw rechten als patiënt wil weten, vraag dit dan aan een medewerker van het ziekenhuis.

Hebt u na het lezen van deze toelichting nog vragen over de kosten van uw medische behandeling of ziekenhuisverblijf?

Neem dan contact op met *(tel. xx, e-mailadres, naam contactpersoon of dienst)*.

U kan ook terecht bij uw ziekenfonds.

Indien nodig kan u ook contact opnemen met de sociale dienst *(contactgegevens)*

Bijkomende informatie over de kosten verbonden aan uw verblijf en behandeling kan u ook vinden op onze website www.urziekenhuis.be

1. Uw verzekering

De kosten van uw ziekenhuisopname zijn voor een aantal elementen afhankelijk van uw recht op terugbetaling van geneeskundige verstrekking in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Dat recht op terugbetalingen wordt beheerd door uw ziekenfonds.

Indien u NIET in orde bent met uw verplichte ziekteverzekering betaalt u alle kosten zelf. Die kosten kunnen zeer sterk oplopen. Het is dus van het grootste belang dat uw verzekeringsstatuut in orde is. Is er een probleem, dan neemt u best zo snel mogelijk contact op met uw ziekenfonds.

Indien u WEL in orde bent met uw verplichte ziekteverzekering betaalt de ziekteverzekering via uw ziekenfonds een deel van de kosten. Het overblijvende gedeelte moet u als patiënt zelf betalen. Dit is het remgeld en wordt door de overheid vastgelegd. Ongeacht de keuzes die u hierna maakt, betaalt u zelf ook een deel van de kosten. De hoogte van het remgeld is afhankelijk van het feit of u al dan niet recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering. Indien u recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming betaalt de ziekteverzekering een groter deel van de kosten van uw ziekenhuisopname. Bijgevolg betaalt u zelf minder dan een gewoon verzekerde.

Volgens de huidig beschikbare gegevens :

- bent u NIET in orde , en moet u alle kosten van uw ziekenhuisopname zelf betalen.
- bent u WEL in orde, en behoort u tot één van onderstaande categorieën
 - U bent gewoon verzekerde
 - U bent langer dan 12 maanden werkloos
 - U bent als kind ten laste
 - Andere

 - U heeft recht op verhoogde tegemoetkoming
De ziekteverzekering betaalt een groter deel van de kostprijs van de ziekenhuisopname voor mensen in een kwetsbare positie onder meer op basis van inkomen en/of gezinssituatie.

 - U heeft personen ten laste of u betaalt alimentatiegeld

- beschikken we vandaag over te weinig gegevens om uw rechten te kunnen vaststellen

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.

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 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 bijkomende kosten voor een eenpersoonskamer. Deze moet u zelf betalen.

2. De kosten verbonden aan uw ziekenhuisopname

De kosten van uw ziekenhuisopname bestaan uit een aantal onderdelen.

1. Er zijn een aantal kosten waarover u GEEN controle heeft en waarvoor u geen keuze kan maken
 - 1.1. De kosten van uw verblijf ;
 - 1.2. De kosten voor medicatie en medische hulpmiddelen;
 - 1.3. De officieel door de ziekteverzekering vastgelegde honoraria (= erelonen) die de artsen en kinesitherapeuten aanrekenen zonder supplementen.
2. Er zijn een aantal kosten waarop u WEL invloed kan uitoefenen en waarvoor u wel een keuze kan maken:
 - 2.1. Bijkomende kosten wanneer u kiest voor een eenpersoonskamer:
 - *Kamersupplement Honorariumsupplementen voor artsen*
 - 2.2. De kosten van eventuele bijkomende producten en diensten die u verbruikt

3. Kosten waarover u geen controle heeft

Hieronder leggen we de 3 kosten uit die u niet kan beïnvloeden.

3.1. De prijs van uw verblijf in het ziekenhuis

De prijs per dag voor een verblijf in een ziekenhuis wordt vastgesteld door de overheid. Deze bedraagt voor ons ziekenhuis XX,XX euro.

Hoeveel u zelf (via een remgeld) van deze totale prijs van uw verblijf moet betalen, hangt af van de manier waarop u verzekerd bent (zie punt 1)

In functie van uw situatie bedraagt het remgeld:

Voor de eerste dag		<u>XX,XX euro</u>
Van de tweede dag	Tot en met de 90 ^{ste} dag	<u>XX,XX euro</u>
Vanaf de 91ste dag	Tot en met dag 365 (=1 jaar)	<u>XX,XX euro</u>
Vanaf dag 366	Tot 5 jaar	<u>XX,XX euro</u>
Meer dan 5 jaar		<u>XX,XX euro</u>

U betaalt GEEN remgeld wanneer u enkel overdag wordt behandeld en 's nachts niet in het ziekenhuis verblijft.

3.2. Kosten voor medicatie en medische hulpmiddelen

Voor het verbruik van alle geneesmiddelen betaalt u enkel een vast persoonlijk aandeel van 0,80 euro per dag. Dit is het 'geneesmiddelenforfait'. U moet dit forfait steeds betalen, ongeacht of en welke geneesmiddelen u werkelijk verbruikt. Het ziekenhuis bezorgt u ook medicatie tijdens korte afwezigheden in het kader van uw behandeling. Het forfait van 0,80 euro zal u ook gefactureerd worden tijdens dagen van deze afwezigheden.

Bent u in dagbehandeling of verblijft u enkel 's nachts in het ziekenhuis dan ontvangt u enkel de medicatie voor de dagen/nachten dat u aanwezig bent. Bijgevolg betaalt u ook enkel het forfait voor medicatie voor de dagen of nachten van aanwezigheid.

Indien tijdens uw behandeling medische hulpmiddelen nodig zijn zal u voorafgaand aan het gebruik over de kosten ervan worden geïnformeerd.

3.3. Kosten voor prestaties van artsen en kinesitherapeuten

3.3.1. Prestaties waarvoor er een tussenkomst van de ziekteverzekering is

De ziekteverzekering bepaalt het basisbedrag dat een arts mag aanrekenen voor zijn prestaties. Dit officieel tarief is het honorarium (ereloon) dat de arts mag aanrekenen.

Het honorarium van de arts bestaat uit twee delen:

- een bedrag dat de ziekteverzekering terugbetaalt;
- een bedrag dat je als patiënt zelf moet betalen, het zogenaamde remgeld.

Bovenop dit honorarium mag de arts in bepaalde gevallen een honorariumsupplement aanrekenen (zie punt 4.1.2.).

- U betaalt eenmalig een remgeld voor een aantal medisch-technische prestaties in ons psychiatrisch ziekenhuis : radiologie, labo,... Dit is een vast bedrag (forfait) dat u eenmalig betaalt. Rekening houdende met uw situatie (punt 1) bedraagt uw eenmalig persoonlijk aandeel XX,XX euro.

Een aantal medisch-technische prestaties zijn echter niet in dit forfait inbegrepen. Voor deze prestaties kan het ziekenhuis u bijkomend een remgeld aanrekenen.

Een voorbeeld van dergelijke prestaties zijn prestaties door kinesitherapeuten wanneer het gaat om een therapie die niet is verbonden met de psychiatrische problematiek.

- U betaalt een remgeld wanneer de psychiater bij het begin van uw opname een opname-onderzoek uitvoert. XX, XX euro
- U betaalt een remgeld wanneer de psychiater aan het einde van uw verblijf een ontslagonderzoek uitvoert: XX, XX euro

Als u GEEN RECHT hebt op een verhoogde tegemoetkoming, betaalt u een remgeld voor

- het toezicht dat de psychiater of neuropsychiater uitoefent. Dit toezichtshonorarium wordt elke dag aangerekend ook al heeft u de arts die dag niet gezien. Het bedrag hiervoor is afhankelijk van de dienst waarop u verblijft en van de tijd die u reeds in het ziekenhuis verblijft.
- Het toezicht van de psychiater of neuropsychiater op de dagen dat u afwezig was voor een gepland therapeutisch verlof uit een psychiatrisch ziekenhuis.

Als u recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming, betaalt u GEEN remgeld voor toezichtshonoraria.

3.3.2. Prestaties waarvoor er geen tussenkomst van de ziekteverzekering is

Er bestaan ook prestaties waarvoor er geen tussenkomst van de ziekteverzekering is en waarvoor niet de ziekteverzekering maar de arts zelf vrij het honorarium bepaalt.

In dat geval betaalt u zelf dat honorarium. Uw arts zal u op voorhand inlichten over de kosten van deze prestaties.

3.3.3. Prestaties in een ander ziekenhuis

Het kan gebeuren dat er tijdens uw opname nood is aan onderzoeken of medisch-technische behandelingen die het psychiatrisch ziekenhuis niet kan aanbieden. In dat geval kunnen er op uw factuur prestaties voorkomen die in een ander ziekenhuis werden verricht.



4. Kosten waarover u WEL controle heeft

Er zijn een aantal kosten van een ziekenhuisopname die u wel kan beïnvloeden en waarvoor u wel een keuze kan maken.

4.1. Kosten verbonden aan de keuze van een individuele kamer

Als patiënt in volledige hospitalisatie of in nachthospitalisatie kan u kiezen voor:

- een gemeenschappelijke kamer
- een tweepatiëntenkamer
- een individuele kamer

Uw kamerkeuze heeft geen invloed op de kwaliteit van de zorgverstrekking en ook niet op uw vrije keuze van uw behandelende psychiater.

Op de kosten van uw ziekenhuisopname heeft uw kamerkeuze wel een invloed.

Enkel als u uitdrukkelijk kiest voor een verblijf in een individuele kamer en er ook effectief verblijft, mag het ziekenhuis u een bijkomende vergoeding voor de kamer aanrekenen. Dit is **het kamersupplement**.

Bovendien mogen de artsen bovenop het door de ziekteverzekering vastgestelde honorarium een **honorariumsupplement** aanrekenen.

Als u bij een opname kiest voor een verblijf in een gemeenschappelijke kamer of een tweepatiëntenkamer betaalt u **geen kamersupplementen en geen honorariumsupplementen**.

Het verblijf in een individuele kamer kan meer kosten dan het verblijf in een gemeenschappelijke of een tweepatiëntenkamer.

Indien u geen keuze wenst te maken, zal u, behoudens medische uitzonderingen, verblijven in een gemeenschappelijke kamer of een tweepatiëntenkamer, zonder aanrekening van kamersupplementen en honorariumsupplementen.

Als patiënt in dagbehandeling (zonder overnachting) bezet u geen kamer en bijgevolg betaalt u nooit supplementen.

4.1.1. Kamersupplement

Indien u uitdrukkelijk kiest voor een individuele kamer en er 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 y of campus y)

4.1.2. Honorariumsupplementen

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

Indien het psychiatrisch ziekenhuis geen honorariumsupplementen aanrekent:

“In ons ziekenhuis worden geen honorariumsupplementen aangerekend”

Indien het psychiatrisch ziekenhuis wel honorariumsupplementen aanrekent:

Het bedrag dat een arts in ons ziekenhuis mag aanrekenen als honorariumsupplement is maximaal xx % van het officieel door de ziekteverzekering vastgelegde tarief. Elke arts die tussenkomt in uw behandeling kan dus een honorariumsupplement aanrekenen.

Bijvoorbeeld: een arts rekent 100% als honorariumsupplement aan. Zo zal een prestatie waarvoor het officieel tarief 75 euro is, in dat geval in totaal 150 euro kosten. Het ziekenfonds betaalt altijd terug op basis van het officieel tarief. Er is in dit geval 50 euro tussenkomst van de ziekteverzekering en een remgeld van 25 euro. U zal dus zelf 100 euro moeten betalen (25 euro remgeld en 75 euro supplement).

Aarzel niet om uw behandelende arts naar informatie te vragen over de honorariumsupplementen die hij toepast, wanneer u in een individuele kamer verblijft.

4.1.3. Situaties waarin geen kamer- en honorariumsupplementen mogen worden aangerekend

In de volgende uitzonderlijke situaties mag het ziekenhuis u wettelijk nooit een kamer- en honorariumsupplement aanrekenen:

- Indien u gekozen heeft voor een gemeenschappelijke kamer of een tweepatiëntenkamer en u in een individuele kamer wordt behandeld:
 - omdat uw behandelende arts heeft beslist dat een verblijf op een individuele kamer aangewezen is
 - omdat er geen gemeenschappelijke kamer of tweepatiëntenkamer beschikbaar is.

- Indien u gekozen heeft voor een individuele kamer maar u verblijft op een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer (bijvoorbeeld omdat er geen individuele kamer beschikbaar is).

In volgend uitzonderlijk geval mag het ziekenhuis u wettelijk nooit een kamersupplement aanrekenen:

- *wanneer een kind wordt opgenomen samen met een begeleidende ouder.*

Schematisch overzicht van de supplementen bij een ziekenhuisopname met overnachting

	Indien u kiest voor gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer	Indien u kiest voor een individuele kamer
<u>Kamersupplement</u>	<u>NEEN</u>	<u>JA</u> behalve wanneer: <ul style="list-style-type: none"> - uw arts beslist dat uw gezondheidstoestand, onderzoek, behandeling of toezicht een individuele kamer vereisen; - u gekozen heeft voor een gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer en die niet beschikbaar is; - het een opname van een kind betreft, samen met een begeleidende ouder.
<u>Honorariumsupplement</u>	<u>NEEN</u>	<u>JA</u> behalve wanneer: <ul style="list-style-type: none"> - uw arts beslist dat uw gezondheidstoestand, onderzoek, behandeling of toezicht een individuele kamer vereisen; - u gekozen heeft voor een gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer en die niet beschikbaar is.

4.2. Kosten voor eventueel bijkomende diensten en/of producten die u verbruikt

Tijdens het verblijf in het ziekenhuis kan u om medische en/of comfortredenen gebruik maken van een aantal producten en diensten (bv. kapper, wasserij, enz.).

Ongeacht het kamertype dat u gekozen heeft moet u deze kosten volledig zelf betalen.

U ontvangt als bijlage bij deze toelichting een lijst met de prijzen van meest voorkomende producten en diensten. Deze lijst ligt eveneens ter inzage ... (*exacte plaats in het ziekenhuis in te vullen*) en kan ook geconsulteerd worden op de website van het ziekenhuis. Hieronder kan u enkele voorbeelden vinden van veel gevraagde diensten en producten:

- kamercomfort, bijvoorbeeld: gebruik van een *telefoon*;
- extra eten en drinken, bijvoorbeeld: *tussendoortjes, snacks en dranken*;
- hygiënische producten, bijvoorbeeld: *basistoiletproducten (bijvoorbeeld zeep, tandpasta en eau de cologne) en basistoiletgerief (bijvoorbeeld kam, tandenborstel, scheergerei en papieren zakdoekjes)*;
- was (persoonlijk wasgoed);
- *in geval een kind wordt begeleid: bezetting van een kamer of bed, maaltijden en dranken*;
- andere diverse goederen en diensten (bijvoorbeeld oordopjes en kleine bureaubenodigdheden, manicure, pedicure, kapper en wasserij);
- *uitstappen, vakantieverblijf*.

Indien er bijkomende diensten en/of producten zijn die niet op deze lijst voorkomen, zal het ziekenhuis u op voorhand informeren over de kostprijs van de bijkomende goederen en diensten waarvan u gebruik wenst te maken. Het ziekenhuis geeft u ook de nodige uitleg over de inhoud van de goederen en diensten. Zo kan u op basis van de volledige informatie beslissen of u al dan niet gebruik wenst te maken van de bijkomende goederen en diensten.

5.Simulatie

U krijgt als bijlage een voorlopige eerste berekening voor 1 maand verblijf om al een idee te hebben van de kosten van uw ziekenhuisopname.

Deze voorlopige eerste berekening is gemaakt op basis van de gegevens over uw situatie (zie punt 1), volgens de gegevens waarop we vandaag beschikken.

6. 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 officieel tarief. Dit is 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 de behandeling kan u eventueel **wél een honorariumsupplement** aanrekenen.*

7. Facturatie

De elementen die u zelf dient te betalen worden gefactureerd. Zowel de inhoud als de vorm van deze factuur zijn door de overheid bepaald.

Alle kosten en kamer- en honorariumsupplementen worden gefactureerd door het ziekenhuis. Onze artsen en andere hulpverleners zullen u nooit vragen om hen rechtstreeks te betalen. Betaal dan ook enkel de door het ziekenhuis bezorgde factuur.

Indien u vragen heeft in verband met uw factuur neem dan contact op met *(tel. xx, e-mailadres, naam contactpersoon of dienst)*.

U kan ook terecht bij uw ziekenfonds.

8. Patiëntenrechten

In het kader van de wet “rechten van de patiënt” moet elke beroepsbeoefenaar de patiënt o.a. duidelijk informeren over de beoogde behandeling. Deze informatie heeft ook betrekking op de financiële gevolgen van de behandeling.

Informatie over de patiëntenrechten kan u verkrijgen bij de ombudspersoon van ons ziekenhuis *naam, tel, emailadres, spreekuren en –plaats,*

9. Varia

Alle in dit document vermelde bedragen kunnen geïndexeerd worden en daardoor in de loop van de opname wijzigen. We herhalen hier dat deze bedragen gelden voor patiënten die in orde zijn met hun verplichte ziekteverzekering (zie hoger).

Hebt u nog vragen over de kosten van uw medische behandeling of ziekenhuisverblijf?

→neem dan contact op met (*tel. xx, e-mailadres, naam contactpersoon of dienst*).

→u kan ook terecht bij uw ziekenfonds.

→indien nodig kan u ook contact opnemen met de sociale dienst (*contactgegevens*).

Bijkomende informatie over de kosten verbonden aan uw verblijf en behandeling kan u ook vinden op onze website www.urlziekenhuis.be

Gezien om gevoegd te worden bij ons besluit van 9 november 2015 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. M. DE BLOCK

SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE

[C – 2015/09559]

**18 NOVEMBRE 2015. — Arrêté royal
fixant le modèle de formulaire visé à l'article 383ter
du Code judiciaire**

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

Vu le Code judiciaire, l'article 383ter, § 2, inséré par la loi du 19 octobre 2015;

Sur la proposition du Ministre de la Justice,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Le formulaire visé à l'article 383ter du Code judiciaire est établi selon le modèle joint en annexe au présent arrêté.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 3. Le ministre qui a la Justice dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 18 novembre 2015.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre de la Justice,
K. GEENS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE

[C – 2015/09559]

18 NOVEMBER 2015. — Koninklijk besluit tot vaststelling van het model van formulier bedoeld in artikel 383ter van het Gerechtelijk Wetboek

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

Gelet op het Gerechtelijk Wetboek, artikel 383ter, § 2, ingevoegd bij de wet van 19 oktober 2015;

Op de voordracht van de Minister van Justitie,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Het formulier bedoeld in artikel 383ter van het Gerechtelijk Wetboek wordt vastgesteld volgens het als bijlage bij dit besluit gevoegde model.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Art. 3. De minister bevoegd voor Justitie is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 18 november 2015.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Justitie,
K. GEENS