|  |
| --- |
| **Etiquette** |

**MODALITES & CONDITIONS DE PAIEMENT**

Dans l’hypothèse où vous n’êtes pas en mesure de payer au comptant l’intégralité de toute somme généralement quelconque, actuelle et/ou future, dont vous êtes (serez) redevable à l’égard de l’hôpital à la suite de la dispensation de prestations de soins et/ou de la réalisation d’un acte technique, de quelque nature qu’elle (il) soit, les présentes conditions financières sont d’application.

Sauf paiement au comptant, toute facture est payable dans les 30 jours à dater de la facture par versement au compte bancaire IBAN: BE91.0973.6659.0076 et BIC: GKCCBEBB en indiquant la communication structurée présente sur la facture. En cas de refus d'intervention de l'organisme assureur, l’hôpital facture au patient et/ou à la personne qui signe le présent document, tous les frais relatifs aux soins. En cas de prise en charge par un organisme assureur autre que la mutuelle, une preuve d’autorisation de soins sera exigée. A défaut d’autorisation, le paiement préalable de la consultation sera réclamé. Après cette formalité, l’agent de l’accueil vous remettra une attestation de soins. Si vous n’êtes pas en ordre de mutuelle, il vous appartient de le déclarer à l’agent de l’accueil.

**Tel qu’autorisé par l’article XIX.4 du Code de droit économique, toutes sommes non payées à leur échéance, après un délai de 14 jours calendrier à compter du 3ième jour ouvrable suivant l’envoi d’un premier rappel, se verront augmentées de :**

* **Un intérêt de retard au taux prévu par la loi du 2 août 2002 concernant la lutte contre le retard de paiement dans les transactions commerciales ;**
* **Une indemnité forfaitaire calculée de la manière suivante :**
* **20 euros si le solde restant dû est inférieur ou égal à 150,00 euros**
* **30 euros augmentés de 10 % du montant dû sur la tranche comprise entre 150,01 et 500,00 euros si le solde restant dû en principal est compris entre 150,01 et 500,00 euros ;**
* **65 euros augmentés de 5 % du montant dû sur la tranche supérieure à 500,00 euros avec un maximum de 2.000,00 euros si le solde restant dû en principal est supérieur à 500,00 euros.**

**INFORMATIONS GENERALES**

En cas de déménagement, le patient doit transmettre sa nouvelle adresse à l’hôpital afin de permettre l’actualisation de son dossier administratif. Le patient reconnait que l’institution hospitalière est déchargée de toute responsabilité en cas de perte ou de vol de tout objet et valeur personnels.

**INFORMATIONS SUR LE CORPS MEDICAL/INFIRMIER/SOIGNANT**

Certains médecins hospitaliers sont conventionnés et d’autres ne le sont pas. Nous vous conseillons de vous enquérir à l'avance, auprès de votre (vos) spécialiste(s), des suppléments éventuels auxquels vous devez vous attendre.

**CONTENTIEUX**

Sauf cas de force majeure, aucune réclamation contre nos factures, ne peut être admise si elle n’a pas été formulée, par écrit accompagné de pièces justificatives, dans les quinze jours qui suivent leur réception. En cas de litige, les tribunaux de Verviers seront seuls compétents.

**DONNEES A CARACTERE PERSONNEL**

Le CHR de Verviers traite vos données d’identification et/ou vos données de contact dans le cadre de votre suivi administratif et les données de santé dans le cadre de l’administration des soins aux patients, l’hôpital.

Il met tout en œuvre en vue de les sécuriser de manière appropriée notamment en respectant le Règlement Général sur la Protection des Données. Le responsable du traitement des données à caractère personnel est le Centre Hospitalier Régional de Verviers situé Rue du Parc n° 29 à 4800 VERVIERS. Le CHR de Verviers a un délégué à la protection des données qui veille au respect du Règlement sur la Protection des Données. Il dispense des conseils et est le point de contact de l’autorité de protection des données. Il peut être contacté via l’adresse mail : dpo@chrverviers.be. Pour de plus amples informations sur les données traités, les bases légales, les buts et vos droits, nous vous demandons de visiter notre site internet : www.chrverviers.be. Si vous avez des questions, des plaintes ou une demande concernant le traitement de vos données, nous vous demandons d’envoyer votre message par la voie du formulaire en ligne présent sur notre site internet : [www.chrverviers.be](http://www.chrverviers.be).

**RESEAU SANTE WALLON**

Notre institution est partenaire du Réseau Santé Wallon qui permet aux professionnels de la santé impliqués dans les soins qui vous sont prodigués, d’échanger des documents médicaux qui vous concernent. Ces échanges ont pour but d’optimiser la qualité des soins en facilitant votre prise en charge et en évitant la redondance d’examens médicaux. **L’inscription est automatique**. Des informations utiles sont disponibles sur le folder explicatif dans la brochure d’accueil et sur le site internet [www.rsw.be](http://www.rsw.be). Si vous désirez vous désinscrire, vous pouvez accomplir les démarches utiles sur le site internet ou au bureau des admissions à condition d’avoir votre carte d’identité.

**Pour le patient ou son représentant**

**Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus et en accepter formellement toutes les clauses.**

Nom, prénom, date et signature :

*Administrateurs des biens : oui / non*

*Administrateur de la personne : oui / non*