

N° fact. 221464748637
 Envoi 471/300000/9345
 N° contact 21229043004
 Nom LERAT LOUKAS STEPHANE

Date de 30/11/2021
 FACTURE FACTURE TIERS DÉBITEUR

Page 1
 Réf. de l'établissement CY7015E
 704152/

29/12/2021 09:42 192

Identification de l'établissement		Identification du Titulaire		Identification du Bénéficiaire	
Nom	Cliniques universitaires St Luc	Nom	:	Nom	LERAT
Adresse	AV Hippocrate, 10 1200 WOLUWE-SAINT-LAMBERT	Prénom	:	Prénom	LOUKAS STEPHANE
N° téléphone	32 02 7641111	Adresse	:	Adresse	RESIDENCE KENNEDY (THN) 48 6530 THUIN
Entreprise	0416885016	Organisme assureur	704152		
Numéro INAMI	71040325000	CENTRE MED PED CLAIRS VALLONS RUE DE MONT ST GUIBERT 24 1340 OTTIGNIES			
Numéro TVA				Depuis	09/11/2021
N° bancaire A	BE73310039360060			Jusqu'au	09/11/2021
				Date de	23/04/2009
				naissance	

RUBRIQUE A : FRAIS À ATTRIBUER AU COMPTE A
 HONORAIRES - PERÇUS POUR LE COMPTE DE L'ÉTABLISSEMENT

Date de prestation	Numéro de code	N	C.T. L/A	Date (Réception de la prescription)	Honoraires			Total
					A charge de l'O.A.	A charge patient	A Charge du Tiers Déb.	
09/11/2021	102535			19268554	24.06		3.00	27.06
Sous-total des prestations effectuées pendant le séjour dans le service 990					24.06		3.00	27.06
Total honoraires - perçus pour le compte de l'établissement					24.06		3.00	27.06

	A charge de l'O.A. (EURO)	A charge patient (EURO)	A Charge du Tiers Déb. (Euro)	Total (EURO)
Totaux généraux de la facture	24.06	0.00	3.00	27.06
Montant à verser sur le compte A par l'O.A.	24.06			
Montant à verser sur le compte A par le tiers débiteur : BE73310039360060			3.00	
Franchise pour le patient				
Référence de paiement : **221/4647/48637**				
BIC compte A : BBRUBEBB - IBAN compte A : BE73310039360060				