

Centre Médical Pédiatrique Clairs Vallons asbl
 Rue de Mont-Saint-Guibert, 24
 1340 Ottignies – Belgique
 Tél: 010 48 02 11 – Fax: 010 18 02 07
 info@clairsvallons.be – www.clairsvallons.be
 RPM Nivelles BE 0445161605

Fondation des Brûlés
 Frans Landrainstraat 43
 1970 WEZEMBEEK-OPPEM

Facture n° 20230860 du 31/07/2023

Page 1

Pour Séjour du 01/07/2023 au 31/07/2023

De LERAT Loukas

NISS 09042316570

13444 / 2

Libellé	Quant.	Prix Unitaire	Montant total		
			À charge de l'O.A.	À charge du patient	Total
Forfait interne (777302)	24	526,28	12.630,72		12.630,72
QPP interne 2ème jour TIP+VIPO+PNP+Comm.rel.10	24	6,76	-162,24	162,24	
Forfait externe ou mod. (777291)	1	368,40	368,40		368,40
Consultations & frais médicaux (960083)				6,00	6,00
Total en EUR			12.836,88	168,24	13.005,12

Calendrier du mois :

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
 P P P P P P P P P P C C C C C C P P P P P P P P P P P P P
 24 P (Présent 100%) 1 p (Présent 70%) 6 C (Congés)

TOTAL A PAYER : 168,24 EUR

Certifie sincère et véritable.

LE DIRECTEUR,
 Th. GUISLAIN

Toutes nos factures sont payables au comptant. Le non paiement à échéance entraînera de plein droit et sans mise en demeure, en plus du principal, le paiement à titre de clause pénale d'une indemnité de 15% des sommes dues avec un minimum de 50€ et d'un intérêt de retard de 12% l'an. En cas de litige, les tribunaux de Nivelles sont seuls compétents.

Signature(s)

ORDRE DE VIREMENT

Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case

Date d'exécution souhaitée dans le futur
 Montant 168,24 EUR

Compte donneur d'ordre (IBAN)

Nom et adresse donneur d'ordre
 Fondation des Brûlés
 Frans Landrainstraat 43
 1970 WEZEMBEEK-OPPEM

Compte bénéficiaire (IBAN)
 BE70 6353 2777 0125

BIC bénéficiaire
 BNAGBEBBXXX

Nom et adresse bénéficiaire

Communication
 Facture 20230860 - 13444/2 - LERAT Loukas

No. Facture : 234090628 du 31/05/2023
 No. Assurance : 30101

Page Gén. : 1043
 Page : 1
 Réf. Etablissement : 0850887153
 0800315695

FACTURE INDIVIDUELLE

Identification de l'Etablissement : HUDERF - UKZKF Av. Jean-Joseph Crocqlaan 15 1020 LAEKEN 02/541.34.50 No.INAMI : 71015084000 No. BCE : 0260238627 No.Compte : BE21 0969 2088 7103 BIC : GKCCBEBB Office de tarification : 92536218000	Identification du Bénéficiaire : Nom : LERAT, LOUKAS STEPHANE Dt. Naiss.: 23/04/2009 Adresse : RÉSIDENCE KENNEDY(THN) 48 6530 THUIN Numéro Cie Assurance : 30101 HOME CLAIRS VALLONS RUE MONT SAINT GUIBERT, 24 1340 OTTIGNIES
---	--

Date acc. : 2/05/2023 à 00h
 No.pol.ass.: ***
 No.sinistre: ***
 Commentaire : pech

HONORAIRES - PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT

Date prest.	No. de Code	N	CD	No. INAMI et nom du dispensateur	No. INAMI et nom du prescripteur	Date (3)	Honoraires			Ré-servé %	TVA	Etabl
							A charge Ass.	A charge Patient	Total			
020523	102572			18422971699 FONTEYNE, CHRIS			3,00		3,00	-	1068	
020523	105431			17810287830 LOMBARDO, COSTA			3,00		3,00	-	1068	
Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service 990								6,00		6,00		
TOTAL PERCU POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT								6,00		6,00		
SOUS-TOTAUX :								6,00		6,00		

	A charge Ass. (7)	A charge Patient	Total
EN EURO			
TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE	6,00	0,00	6,00
MONTANT A VERSER PAR L'ASS. AVEC LA REFERENCE +++423/4090/62882+++	6,00		
MONTANT A REMBOURSER AU PATIENT		0,00	
A PAYER PAR LE PATIENT		0,00	

No. Facture : 234090628 du
No. Assurance : 30101

F A C T U R E I N D I V I D U E L L E (SUITE)
31/05/2023 Id. Bénéficiaire : LERAT, LOUKAS STEPHANE

Page Gén. : 1044
Page : 2
Réf. Etablissement : 0850887153

REFERENCES

Codification L/A/D en (2)
Laboratoire ou appareillage
ou service agréé sous le no :

- (1) Code norme : N = Nuit ; W = Week-end ; F = Jour férié ; P = Pédiatrie
M = Matin
1 = Aide opératoire 10 % ; 2 = Aide opératoire 5 % ;
5 = Remboursement à 50 % ; 7 = Remboursement à 75 %.
- (2) C.D. = Code de la dent traitée
L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé
ou au service agréé.
- (3) Date de la prescription ou date de la réception de la demande
au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anato-
mo-pathologie et la médecine nucléaire in vitro.
- (4) Forfait - Prophylaxie: Sur une deuxième ligne doit être mentionnée la
prestation concernée (d'application pour l'admission avant le 1/7/2006).
- (5) Dans le cas où il s'agit d'un patient ne relevant pas de l'application
de l'assurance obligatoire assurance soins de santé et indemnités, il est
mentionné à cette ligne le prix correspondant à celui visé dans l'article
104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (6) Cette information est destinée au règlement en cas de subrogation, lors
du règlement dans le cadre des conventions internationales et en cas de
récupération au sens de l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994; ce
prix correspond au prix visé dans l'article 104ter de la loi sur les
hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (7) Ne sont pas compris ici les montants versés en exécution de l'article
104bis, alinéa 1er, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Certaines prestations sont exemptées de TVA en vertu de l'article 44 du Code de la TVA