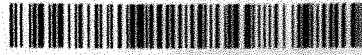




Rue Samiette, 1  
1400 NIVELLES  
N° INAMI : 71034682000  
N° BCE : 0401.793.596



GB5L3-2419/2489-1/3-9342860009-36256-36865

Exp. : Rue Samiette, 1 - 1400 NIVELLES

**CASTERMANT AMÉLIE EVELYNE  
AUGUSTE DELFOSESTRAAT 10  
9600 RENAIX**



**Informations :**

Relations Patients : 064 / 23.5188  
Email : [relations.patients@jolimont.be](mailto:relations.patients@jolimont.be)

N° de facture : 2165164893  
N° de patient : 190174515

Nivelles, le 04/02/2022

Madame,  
Monsieur,

Veuillez trouver ci-joint votre facture du 31-12-2021, présentant un montant à payer de 12,00 €. Les conditions générales afférentes au paiement de celle-ci sont reprises au verso.

Nous vous prions d'utiliser pour le paiement le compte BE33195014508246 (IBAN), CREGBEBB (BIC) en prenant soin de mentionner la communication structurée +++216/5164/89354+++ dans la zone adéquate.

Nous vous remercions de votre confiance et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Service Facturation.

Pour toute information concernant votre facture,  
Point unique de contact : 064/23.5188  
Email : [relations.patients@jolimont.be](mailto:relations.patients@jolimont.be)



Payer cette facture  
facilement par smartphone ?

powered by **pom**

[pay.pom.be/tjp9z1](http://pay.pom.be/tjp9z1)

Handtekening(en)  
Signature(s)  
Unterschriften

**OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT  
ORDRE DE VIREMENT  
ÜBERWEISUNGSAUFTRAG**

Generaal uitvoerigedatum in de toekomst / Date d'exécution souhaitée dans le futur / Gewährliches Ausführgedatum in der Zukunft		Betrag / Montant / Betrag	EUR	CENT
			12	00
Rekening opdrachtgever (IBAN) Compte bénéficiaire d'ordre (IBAN) Konto des Auftraggebers (IBAN)				
Naam en adres opdrachtgever Nom et adresse destinataire d'ordre Name und Adresse des Auftraggebers		CASTERMANT AMÉLIE EVELYNE AUGUSTE DELFOSESTRAAT 10 9600 RENAIX		
Rekening begunstigde (IBAN) Compte bénéficiaire (IBAN) Konto des Begünstigten (IBAN)		BE33195014508246		
BIC begunstigde BIC bénéficiaire BIC Begünstigten		CREGBEBB		
Naam en adres begunstigde Nom et adresse bénéficiaire Name und Adresse des Begünstigten		CH TUBIZE - NIVELLES ASBL RUE SAMIETTE 1 1400 NIVELLES		
Medewerking Communication Mithilfe		216516489354		



PÔLE HOSPITALIER  
JOLIMONT

Rue Samiette, 1  
1400 NIVELLES  
N° INAMI : 71034682000  
N° BCE : 0401.793.596

Relations Patients : 064 / 23.5188  
Email : relations.patients@jolimont.be

N° facture : 2165164893

Rassemblement 20216512  
Privé 315000  
N° d'inscription 16062216270 110 110  
Période de facturation 07/12/2021 jusqu'au 07/12/2021

Date d'envoi 04/02/2022  
N° facture : 2165164893  
Page : 2/2  
N° contact 619055748515  
Dossier 190174515

Nom du patient CHEVALIER JADE

Adresse de facturation :  
CASTERMANT AMÉLIE EVELYNE  
AUGUSTE DELFOSSESTRAAT 10  
9600 RENAIX

Adresse du domicile :  
CHEVALIER JADE  
AUGUSTE DELFOSSESTRAAT 10  
9600 RENAIX

Date de la note de soins : 31-12-2021

Facture Ambulant

DETAIL FACTURE PATIENT

Communication

Exceptionnellement, des factures complémentaires pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Statut méd. (1)	Date	Code (9)	Nombre	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
<b>Honoraires remboursables</b>							
<b>Honoraires partiellement à charge de la mutualité</b>							
ESTIEVENART, JULIE							
Consult chirurgie/ORL/méd.phys	C	07/12/21	101275	1	12,85	12,00	
<b>Sous-total 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)</b>					12,85	12,00	

TOTAUX	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAL	12,85	12,00	

Restant à payer	12,00
-----------------	-------

À verser sur le compte de l'hôpital : BE33195014508246	12,00
--	-------

- (1) Conventione (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention.  
Partiellement conventionné (PC) : le dispensateur est certains jours, lié aux tarifs fixés dans la convention. Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet.  
Non conventionné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention.
- (3) La rubrique 'A charge du patient' comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires) et des « Autres montants » (rubriques « Frais divers » et « Autres fournitures ») et montants entièrement à charge du patient pour laquelle une TVA est due (montants sans TVA).
- (4) Supplément: est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Ces montants peuvent être facturés par des médecins non-conventionnés ou partiellement conventionnés et sont entièrement à charge du patient.
- (5) Vous pouvez retrouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en introduisant le code de celle-ci dans la banque de données 'Nomensoft' disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>.

CHL3 2410248E 203-934286000P-3686-3686