

Identification de l'hôpital  
Grand Hôpital de Charleroi  
S Joseph, S Thérèse, IMTR, ND, RF

Patient : EL MEALI, AHMED  
RUE DE FIERLANT 120 /02AV  
1190 FOREST

Avenue du Centenaire 73  
6061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE  
Numéro I.N.A.M.I. : 71001030000  
Numéro BCE : 0894384837  
Téléphone : 071/10.80.00

Numéro de facture : 212047875  
Date de facture : 30/06/2021  
Date d'envoi : 10/08/2021  
Numéro d'admission : 0017682577  
Numéro de dossier : 0005007636  
Date de naissance : 16/12/1966  
Mutualité : 306/66121650104 (121/121)  
Soins du : 21/04/2021 à 21 h 07  
au : 30/06/2021 à 24 h 00

EL MEALI, AHMED

RUE DE FIERLANT 120 /02AV  
1190 FOREST

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

1. Frais de séjour ou de réadaptation		
Vos frais d'hospitalisation ou de réadaptation		176,70
2. Montants forfaitaires facturés (2)		18,60
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)		386,65
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)		
Vos frais d'honoraires		81,69
Total des frais à charge du patient		663,64
Facturé à votre mutuelle	71.087,16	

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB | 663,64 |

0 3

6 6 3 , 6 4

EL MEALI, AHMED  
RUE DE FIERLANT 120 /02AV  
1190 FOREST

T

B E 7 4 7 9 5 5 6 8 1 6 9 6 0 7

G K C C B E B B

GRAND HOPITAL DE CHARLEROI  
AVENUE DU CENTENAIRE 73  
6061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE

+ + + 6 2 1 / 2 0 4 7 / 8 7 5 6 5 + + +

Communication:

Toutes les prestations sont facturées par l'hôpital, le patient ne peut recevoir d'autre facture que celle établie par l'hôpital. Exceptionnellement, des facturations 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 : consultez la déclaration d'admission et les explications concernant la déclaration d'admission (le document que vous avez signé lors de votre admission) ou adressez-vous à votre mutuelle ou hôpital.

=====							
1. FRAIS DE SEJOUR OU DE READAPTATION							
=====							
1.1. Frais de séjour hospitalisation ou hôpital de jour ou hospitalisation partielle en psychiatrie					A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
=====							
Service		du	au	Jours			
290	- Frais de séjour	1/06/21 00h	17/06/21 10h	16	31.190,88	94,24	
220	- Frais de séjour	17/06/21 10h	17/06/21 12h	1	602,38	5,89	
290	- Frais de séjour	17/06/21 12h	30/06/21 24h	13	25.342,59	76,57	
	Prix d'hébergement	1/06/21 00h	17/06/21 10h	16	452,48		
	Prix d'hébergement	17/06/21 10h	17/06/21 12h	1	28,28		
	Prix d'hébergement	17/06/21 12h	30/06/21 24h	13	367,64		
Sous-total 1 - Frais de séjour					57.984,25	176,70	0,00
=====							
2. Montants forfaitaires facturés (2)				Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
=====							
Honoraires biologie clinique				592001	687,00		
Médicaments : Quote-part pers. par jour				750002	30	18,60	

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés			687,00	18,60	0,00
3. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
3.1. Médicaments					
Médicaments remboursables					
Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité			4.711,36		
Médicaments non remboursables					
BUSCOPAN AMP 20 MG/1 ML	0027771	26		18,46	
XYLOCAINE SPRAY 10 %	0253336	5		1,78	
XYLOCAINE SPRAY 10 %	0253336	6		2,14	
LOSFERRON COMP EFF	0381673	4		0,89	
MINIPLASCO K PHOS	0451047	11		14,62	
VITALIPID N AMP AD	0497560	13		40,47	
VITALIPID N AMP AD	0497560	7		21,79	
SOLUVIT N INJ	0497578	10		35,76	
SOLUVIT N INJ	0497578	10		35,76	
FUCIDIN CREME 15 G	0671461	15		5,75	
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML	0819094	1		0,39	
MINIPLASCO EAU INJ 10 ML AQUA	0819110	6		2,26	
MINIPLASCO EAU INJ 10 ML AQUA	0819110	22		8,27	
MINIPLASCO LINISOL 10 ML 2 %	1205749	31		50,81	

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
ISO-BETADINE GEL 100 G	1522010	100		6,67	
MAGNESIUM SULF SOL INJ 3 G 1	2117570	6		18,33	
MAGNESIUM SULF SOL INJ 3 G 1	2117570	1		3,06	
DECA-DURABOLIN AMP 25 MG / 1 M	2679397	1		3,45	
DECA-DURABOLIN AMP 25 MG / 1 M	2679397	1		3,45	
FUCICORT LIPID CREME 30 G	3007960	30		16,03	
ADDAVEN NOVUM AMP 10 ML	3310851	10		30,48	
ADDAVEN NOVUM AMP 10 ML	3310851	10		30,48	
DAFALGAN COMP EFF 1 G	3391273	26		6,70	
MOVICOL UNIDOSE SACH SOL ORALE	3459740	14		7,38	
VESIERRA AMP INJ 2 ML 25 MG /M	3964806	1		4,68	
3.2 Produits parapharmaceutiques					
URIAGE XEMOSE CREME	7799976	1		8,70	
LEMON GLYCERIN SWAB	7799976	6		1,44	
LEMON GLYCERIN SWAB	7799976	5		1,20	
LEMON GLYCERIN SWAB	7799976	3		0,72	
LEMON GLYCERIN SWAB	7799976	3		0,72	
LEMON GLYCERIN SWAB	7799976	3		0,72	
LEMON GLYCERIN SWAB	7799976	3		0,72	
XYLOCAINE EMBOUT SPR	7799976	1		0,55	
LEMON GLYCERIN SWAB	7799976	3		0,72	
RODILAN GEL (100 x 1	7799976	10		0,40	
XYLOCAINE EMBOUT SPR	7799976	1		0,54	
KALIUM RETARD 600 (8	7799976	1		0,18	
KALIUM RETARD 600 (8	7799976	1		0,18	
Sous-total 3 - Pharmacie			4.711,36	386,65	0,00

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
--	--------------------------	-------------------------	----------------

4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)

	Date	Code (9)	Nbre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires remboursables						
Honoraires entièrement à charge de la mutualité				6.840,28		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément						
NONCLERCQ, OLIVIER	1/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	2/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	3/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	4/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	7/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	8/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	9/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	10/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	11/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	14/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	15/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	16/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	17/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	18/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	21/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	22/06/21	558423	1	16,80	1,58	
NONCLERCQ, OLIVIER	23/06/21	558423	1	16,80	1,58	

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
NONCLERCQ, OLIVIER	24/06/21	558423	1	16,80	1,58
NONCLERCQ, OLIVIER	25/06/21	558423	1	16,80	1,58
NONCLERCQ, OLIVIER	28/06/21	558423	1	16,80	1,58
NONCLERCQ, OLIVIER	29/06/21	558423	1	16,80	1,58
NONCLERCQ, OLIVIER	30/06/21	558423	1	16,80	1,58
PHYSIO-KINESITHERAPIE					
COPET, FABIAN	19/06/21	560501	1	19,76	2,50
COPET, FABIAN	20/06/21	560501	1	19,76	2,50
WILLEM, CECILE	5/06/21	560501	1	19,76	2,50
XHROUET, PERRINE	12/06/21	560501	1	19,76	2,50
XHROUET, PERRINE	13/06/21	560501	1	19,76	2,50
XHROUET, PERRINE	26/06/21	560501	1	19,76	2,50
Honoraires entièrement à charge du patient					
JENNES, SERGE					
TUBAGE GASTRIQUE HOSP	22/04/21	010220	1		6,18
TUBAGE GASTRIQUE HOSP	30/04/21	010220	1		6,18
TUBAGE GASTRIQUE HOSP	1/05/21	010220	1		6,18
TUBAGE GASTRIQUE HOSP	17/05/21	010220	1		6,18
CATHETERISME VESICAL (SONDAGE)	22/04/21	010240	1		7,21
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				7.328,44	81,69
5. Autres fournitures			Code	Nombre	A charge de la mutualité
					A charge du patient (3)
					Supplément (4)

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 212047875

Date d'envoi : 10/08/2021

Patient : EL MEALI, AHMED

Page gén. : 7

Page : 7

Référence établissement : 0017682577

	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A   752463	125,37		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A   752463	125,37		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A   752463	125,37		
Sous-total 5 - Autres fournitures	376,11	0,00	0,00
TOTAUX	71.087,16	663,64	0,00
TOTAL à payer par le patient			663,64
Solde à payer par le patient au compte :			663,64

BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB  
AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++621/2047/87565+++

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

=====

- (1) Puisque vous avez atteint le plafond à facturer au cours de cette année calendrier, entre autre les interventions personnelles pour les prestations de santé sont entièrement remboursées par votre mutualité pour le reste de l'année.  
Exceptions: intervention personnelle pour les radio-isotopes, oxygène médical, la journée d'entretien à partir du 366e jour de séjour dans un hôpital psychiatrique.
- (2) Les montants forfaitaires facturés sont des montants forfaitaires légaux qui sont facturés à tous les patients hospitalisés même si le patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.
- (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 lesquels la TVA est due (montants hors TVA)
- (4) Supplément: pour une admission avec nuitée(s) ou une hospitalisation de jour avec occupation d'une chambre ce montant est facturé en plus du montant officiel pour la chambre et pour les honoraires (voir annexe à la déclaration d'admission). Ces montants sont entièrement à charge du patient.  
Il peut s'agir : - d'un supplément de chambre qui est la conséquence du choix d'une chambre individuelle  
- d'un supplément d'honoraires qui est la conséquence du choix d'une chambre individuelle  
- d'un supplément d'honoraires qui est la conséquence du fait que le dispensateur n'est pas médecin et qu'il n'est pas conventionné, nonobstant le choix de la chambre.  
Pour les autres traitements pour lesquels vous n'occupez pas une chambre, ces coûts sont la conséquence de soins dispensés par un dispensateur non-conventionné.
- (5) Remboursement par l'hôpital des frais majorés du patient pour les coûts de l'eau, l'électricité et le téléphone engendrés par la dialyse à domicile.
- (6) La marge de délivrance est une rétribution destinée au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants et les prothèses, etc.
- (7) La marge de sécurité est un pourcentage de l'indemnité de base par lequel le montant maximum à facturer pour certains dispositifs médicaux est déterminé.
- (8) Notification : le code de notification prouve que l'implant est enregistré par l'INAMI. L'enregistrement est une condition pour facturer l'implant au patient ou à la mutuelle (à l'exception des implants dentaires).
- (9) Vous pouvez trouver 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>.
- (12) Prix d'hébergement : au sens de l'article 2, 4° du Décret du 9 mars 2017 relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital (région wallonne).

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

=====  
|

Modalités de paiement :

Toute somme due non payée dans les 15 jours de la date de réception de la facture sera majorée de plein droit et sans mise en demeure, d'une indemnité forfaitaire de 15% de la dite somme avec un minimum de 20 euros.

Ce montant majoré est productif d'intérêts de plein droit et sans mise en demeure au taux légal autorisé par la loi, chaque mois entamé étant considéré comme un mois complet.

Toute somme due et non contestée par le Service Financier Patients qui ne serait pas remboursée au patient à l'issue d'une période de 2 mois à dater de la réclamation écrite lui donnera droit à une indemnité forfaitaire de 15% de la dite somme avec un maximum de 20 euros.

En cas de litige, seuls les tribunaux de Charleroi sont compétents.

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*