

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

Patient : BREDA, OLIVIER  
 RUE LAIT BEURRE (H-G) 40  
 B-7110 HOUDENG AIMERIES

avenue du Centenaire 73  
 061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE  
 Numéro I.N.A.M.I. : 7/10010/30/000  
 Numéro BCE : 0894384837  
 Téléphone : 071/10.80.00

BREDA, OLIVIER  
 RUE LAIT BEURRE (H-G) 40  
 B-7110 HOUDENG AIMERIES

Numéro de facture : 216232594  
 Date de facture : 6/07/2021  
 Date d'envoi : 6/07/2021  
 Numéro de dossier : 0005007235

Date de naissance : 18/10/1976  
 Mutualité : 509/76101800554 (410/460)  
 Soins du : 6/07/2021  
 au : 6/07/2021

Communication:

Les prestations médicales (ou paramédicales) sont facturées par l'hôpital, le patient ne peut recevoir  
 autre facture que celle établie par l'hôpital. Exceptionnellement, des facturations complémentaires,  
 auxquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation,  
 les 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.

Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres prestataires)	Stat. Disp. (1)	Admission	Date	Code (4)	Nbre	A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
Honoraires entièrement à charge du patient								

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

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

	A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
HANS, NADINE CONSULTATION CABINET SPECIALISTE	0017912441	6/07/21	102012
		1	22,08
Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins			0,00   22,08   0,00
TVAUX			0,00   22,08   0,00
TOTAL à payer par le patient			22,08
Vous avez déjà payé un acompte de			22,08
Solde :			0,00

- 1) Conventionné (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.
- 2) 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)
- 3) 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.
- 4) 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>.

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

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.  
Le 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