

```

=====
Identification de l'hôpital          Patient : DIEUDONNE, JENNIFER
Grand Hôpital de Charleroi          CITE ANDRE RENARD(CO) 121
S Joseph,S Thérèse,IMTR,ND,RF      B-6180 COURCELLES

Avenue du Centenaire 73
6061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE
Numéro I.N.A.M.I. : 7/10010/30/000
Numéro BCE : 0894384837
Téléphone : 071/10.80.00

DIEUDONNE, JENNIFER
CITE ANDRE RENARD(CO) 121
B-6180 COURCELLES

Numéro de facture : 214405380
Date de facture : 30/11/2021
Date d'envoi : 4/01/2022
Numéro de dossier : 0004657571

Date de naissance : 27/12/1984
Mutualité : 317/84122737482 (121/121)
Soins du : 27/10/2021
au : 23/11/2021
    
```

Communication:

Toutes les prestations médicales (ou paramédicales) 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 : adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

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

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

						A charge	A charge	Supplément
						de la	du	(3)
						mutualité	patient (2)	
Honoraires entièrement à charge de la mutualité						105,25		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité								
BIOLOGIE CLINIQUE								
Demandé par : JENNES, SERGE								
	KORNREICH, ANNE	C	0018235006	27/10/21	592911	1	27,81	3,72
	KORNREICH, ANNE	C	0018259759	7/11/21	592911	1	27,81	3,72
CONSULTATIONS ET VISITES								
	ISACU, CIPRIAN	C	0018257488	5/11/21	102012	1	19,08	3,00
	ISACU, CIPRIAN	C	0018261737	8/11/21	102012	1	19,08	3,00
	ISACU, CIPRIAN	C	0018274780	12/11/21	102012	1	19,08	3,00
	ISACU, CIPRIAN	C	0018280341	15/11/21	102012	1	19,08	3,00
	ISACU, CIPRIAN	C	0018297147	19/11/21	109012	1	3,65	0,40
	ISACU, CIPRIAN	C	0018306780	23/11/21	109012	1	3,65	0,40
	JENNES, SERGE	C	0018270297	10/11/21	102535	1	24,06	3,00
Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins						268,55	23,24	0,00
2. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux								
2.1. Médicaments								
Médicaments remboursables								

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 214405380  
 Date d'envoi : 4/01/2022  
 Patient : DIEUDONNE, JENNIFER

Page gén. : 3  
 Page : 3  
 Référence établissement : 0004657571

						A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
Montant médicaments en partie à charge du patient								
CHLORURE SOD 0,9 % PERF 250 ML	0018274780	12/11/21	0740944	1		1,09	0,19	
Médicaments non remboursables								
ISO-BETADINE SAVON FL 500 ML 7	0018257488	5/11/21	0050435	500			8,20	
FUCIDIN CREME 15 G	0018257488	5/11/21	0671461	15			5,75	
FUCIDIN CREME 15 G	0018270297	10/11/21	0671461	15			5,75	
ISO-BETADINE DERMIQUE MP 10 ML	0018274780	12/11/21	1080233	1			0,63	
ISO-BETADINE DERMIQUE MP 10 ML	0018280341	15/11/21	1080233	1			0,63	
ISO-BETADINE DERMIQUE MP 10 ML	0018297147	19/11/21	1080233	1			0,63	
HIBIDIL MINIPLASCO 50 ML UD	0018261737	8/11/21	1160597	1			1,90	
HIBIDIL MINIPLASCO 50 ML UD	0018270297	10/11/21	1160597	1			1,90	
HIBIDIL MINIPLASCO 50 ML UD	0018277305	13/11/21	1160597	1			1,90	
ISO-BETADINE GEL 100 G	0018257488	5/11/21	1522010	100			6,67	
ISO-BETADINE GEL 100 G	0018274780	12/11/21	1522010	100			6,67	
FUCICORT LIPID CREME 30 G	0018274780	12/11/21	3007960	30			16,03	
DUODERM EXTRA MINCE 5 CM X 10	0018306780	23/11/21	7101900	5			10,81	
2.2 Produits parapharmaceutiques								
COMPR. STERILE 10X10	0018257488	5/11/21	7799976	5			1,00	
COMPR. GAZE 7,5X 7,5	0018257488	5/11/21	7799976	1			0,34	
COMPR. STERILE 10X10	0018259759	7/11/21	7799976	1			0,20	
COMPRESSE STERILE 90	0018259759	7/11/21	7799976	1			0,37	
JELONET PARAFF.10X10	0018259759	7/11/21	7799976	4			4,08	
PETIT PANSEMENT (3M)	0018261737	8/11/21	7799976	1			1,93	
COMP.ABDO XRAY 40X70	0018261737	8/11/21	7799976	1			2,60	
CUTICELL TULLE10CX7M	0018261737	8/11/21	7799976	1			12,72	
URIAGE XEMOSE CREME	0018261737	8/11/21	7799976	1			12,69	
COMPR. STERILE 10X10	0018270297	10/11/21	7799976	3			0,60	

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 214405380  
 Date d'envoi : 4/01/2022  
 Patient : DIEUDONNE, JENNIFER

Page gén. : 4  
 Page : 4  
 Référence établissement : 0004657571

					A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
COMPRESSE STERILE 90	0018270297	10/11/21	7799976	4		1,48	
JELONET PARAFF.10X10	0018270297	10/11/21	7799976	3		3,06	
PETIT PANSEMENT (3M)	0018274780	12/11/21	7799976	1		1,93	
JELONET PARAFF.10X10	0018274780	12/11/21	7799976	2		2,04	
COMPR. GAZE 7,5X 7,5	0018274780	12/11/21	7799976	1		0,34	
COMPR. STERILE 10X10	0018277305	13/11/21	7799976	1		0,20	
COMPR. GAZE 7,5X 7,5	0018277305	13/11/21	7799976	2		0,68	
COMPR. STERILE 10X10	0018277819	14/11/21	7799976	1		0,20	
JELONET PARAFF.10X10	0018277819	14/11/21	7799976	6		6,12	
COMPR. GAZE 7,5X 7,5	0018277819	14/11/21	7799976	1		0,34	
COMPR. STERILE 10X10	0018280341	15/11/21	7799976	1		0,20	
PETIT PANSEMENT (3M)	0018280341	15/11/21	7799976	1		1,93	
STERISTRIP 25 MM	0018280341	15/11/21	7799976	4		20,68	
JELONET PARAFF.10X10	0018280341	15/11/21	7799976	2		2,04	
COMPR. STERILE 10X10	0018288544	17/11/21	7799976	4		0,80	
JELONET PARAFF.10X10	0018288544	17/11/21	7799976	3		3,06	
PETIT PANSEMENT (3M)	0018297147	19/11/21	7799976	1		1,93	
JELONET PARAFF.10X10	0018297147	19/11/21	7799976	1		1,02	
COMPR. STERILE 10X10	0018299711	21/11/21	7799976	2		0,40	
COMPRESSE GAZE 05X5	0018299711	21/11/21	7799976	1		0,20	
URIAGE XEMOSE CREME	0018299711	21/11/21	7799976	1		12,69	
Sous-total 2 - Pharmacie					1,09	165,53	0,00
TOTAUX					269,64	188,77	0,00
TOTAL à payer par le patient							188,77

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 214405380  
Date d'envoi : 4/01/2022  
Patient : DIEUDONNE, JENNIFER

Page gén. : 5  
Page : 5  
Référence établissement : 0004657571

	A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
Solde à payer par le patient au compte :	BE74 7955 6816 9607	BIC : GKCCBEBB	188,77
	AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++621/4405/38082+++		

- (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>.

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.

0 3

1 8 8 , 7 7

DIEUDONNE, JENNIFER  
CITE ANDRE RENARD(CO) 121  
6180 COURCELLES

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 / 4 4 0 5 / 3 8 0 8 2 + + +