

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

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

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 : 222189754  
Date de facture : 31/03/2022  
Date d'envoi : 12/05/2022  
Numéro d'admission : 0018559329  
Numéro de dossier : 0004657571  
Date de naissance : 27/12/1984  
Mutualité : 319/84122737482 (121/121)  
Soins du : 17/02/2022 à 07 h 52  
au : 18/02/2022 à 09 h 58

DIEUDONNE, JENNIFER

CITE ANDRE RENARD(CO) 121  
6180 COURCELLES

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

1. Frais de séjour ou de réadaptation	
Vos frais d'hospitalisation ou de réadaptation	6,12
2. Montants forfaitaires facturés (2)	2,60
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)	33,45
7. Frais divers	3,00
Total des frais à charge du patient	45,17
Facturé à votre mutuelle	1.647,70

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER	BE74 7955 6816 9607	BIC : GKCCBEBB		45,17	
-----------------------------	---------------------	----------------	--	-------	--

0 3

4 5 , 1 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 2 / 2 1 8 9 / 7 5 4 1 2 + + +

Numéro de facture : 222189754  
 Date d'envoi : 12/05/2022  
 Patient : DIEUDONNE, JENNIFER

DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT

NISS : 84122737482

Page gén. : 2  
 Page : 2  
 Référence établissement : 0018559329

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				
210 - Frais de séjour	17/02/22 11h	18/02/22 09h	1		619,95	6,12	
Prix d'hébergement	17/02/22 11h	17/02/22 24h	1		36,70		
Sous-total 1 - Frais de séjour					656,65	6,12	0,00
=====							
2. Montants forfaitaires facturés (2)				Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
=====							
2.1. Hospitalisation							
Honoraires biologie clinique		592001			22,77		
		591080			57,62		
		591603			37,15		
Honoraires imagerie médicale		460784			65,76		
		460821			15,92	1,98	

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 222189754  
 Date d'envoi : 12/05/2022  
 Patient : DIEUDONNE, JENNIFER

Page gén. : 3  
 Page : 3

Référence établissement : 0018559329

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires service de garde médical et prestations techniques	590181		28,18		
	590203		28,18		
Médicaments : Forfait par admission	756000		92,67		
Médicaments : Quote-part pers. par jour	750002	1		0,62	
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés			348,25	2,60	0,00

	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
3. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux					
3.1. Médicaments					
Médicaments remboursables					
Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité			5,78		
Médicaments non remboursables					
MORPHINE HCL STEROP AMP 10 MG/	0677518	4		2,73	
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML	0819094	5		1,94	
ISO-BETADINE DERMIQUE MP 10 ML	1080233	1		0,64	
ISO-BETADINE DERMIQUE FL 125 M	1112598	125		4,44	
MINIPLASCO LINISOL 10 ML 2 %	1205749	1		1,64	
ISO-BETADINE SOL HYDROALC FL 1	1690809	125		5,01	
MAGNESIUM SULF SOL INJ 3 G 1	2117570	1		3,06	
DEHYDROBENZPERIDOL AMP IV 1,25	2989044	1		4,63	
VESIERRA AMP INJ 2 ML 25 MG /M	3964806	2		9,36	

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 222189754  
 Date d'envoi : 12/05/2022  
 Patient : DIEUDONNE, JENNIFER

Page gén. : 4  
 Page : 4

Référence établissement : 0018559329

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)	
Sous-total 3 - Pharmacie				5,78	33,45	0,00	
4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)	
Date	Code (9)	Nbre					
Honoraires remboursables							
Honoraires entièrement à charge de la mutualité				637,02			
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				637,02	0,00	0,00	
7. Frais divers			Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
LOCATION TELEVISEUR			960503	1		3,00	
Sous-total 7 - Frais divers				0,00	3,00		
TOTAUX				1.647,70	45,17	0,00	
TOTAL à payer par le patient						45,17	

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 222189754  
Date d'envoi : 12/05/2022  
Patient : DIEUDONNE, JENNIFER

Page gén. : 5  
Page : 5  
Référence établissement : 0018559329

	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
=====			
Solde à payer par le patient au compte :	BE74 7955 6816 9607	BIC : GKCCBEBB	45,17
	AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++622/2189/75412+++		
=====			

\*\*\*\*\*

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

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).

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 222189754  
Date d'envoi : 12/05/2022  
Patient : DIEUDONNE, JENNIFER

Page gén. : 7  
Page : 7  
Référence établissement : 0018559329

=====  
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

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*