

Identification de l'hôpital  
Grand Hôpital de Charleroi

Patient : DIEUDONNE, JENNIFER  
RUE DES CLAIRES FONTAINES 96/1/1  
6180 COURCELLES

Rue du Campus des Viviers 1  
6060 GILLY  
Numéro I.N.A.M.I. : 71001030000  
Numéro BCE : 0894384837  
Téléphone : 060/11.07.00

Numéro de facture : 252003924  
Date de facture : 30/11/2025  
Date d'envoi : 07/01/2026  
Numéro d'admission : 0022548357  
Numéro de dossier : 0004657571  
Date de naissance : 27/12/1984  
Mutualité : 319/84122737482 (121/121)  
Soins du : 19/11/2025 à 13 h 20  
au : 19/11/2025 à 18 h 24

DIEUDONNE, JENNIFER

RUE DES CLAIRES FONTAINES 96/1/1  
6180 COURCELLES

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)	168,59
7. Frais divers	1,61
Total des frais à charge du patient	170,20
Facturé à votre mutuelle	4.040,87

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB | 170,20 |

0 3

1 7 0 , 2 0

DIEUDONNE, JENNIFER  
RUE DES CLAIRES FONTAINES 96/1/1  
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  
RUE DU CAMPUS DES VIVIERS 1  
6060 GILLY

+ + + 6 2 5 / 2 0 0 3 / 9 2 4 6 8 + + +

Numéro de facture : 252003924  
Date d'envoi : 07/01/2026  
Patient : DIEUDONNE, JENNIFER

DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT

NISS : 84122737482

Page gén. : 2  
Page : 2  
Référence établissement : 0022548357

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				
=====				
1.2. Frais de séjour hospitalisation de jour				
		A charge	A charge	Supplément
		de la	du	(4)
		mutualité	patient (3)	
=====				
1.2.2. Maxi forfait anesthésie, forfaits hôpital de jour				
et douleur chronique, admission urgente en hôpital psychiatrique				
Forfait (768213)	19/11/25	368,29		
Prix d'hébergement	19/11/25	88,59		
=====				
Sous-total 1 - Frais de séjour		456,88	0,00	0,00
=====				
2. Montants forfaitaires facturés (2)				
		Nombre	A charge	A charge
		de	de la	du
		jours	mutualité	patient (3)
				Supplément
				(4)
=====				
Honoraires biologie clinique	591076		57,40	
	591091		36,65	
=====				

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 252003924  
 Date d'envoi : 07/01/2026  
 Patient : DIEUDONNE, JENNIFER

Page gén. : 3  
 Page : 3  
 Référence établissement : 0022548357

	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés	94,05	0,00	0,00
3. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux			
Date	Code	Nbre	
3.1. Médicaments			
Médicaments remboursables			
Montant médicaments en partie à charge du patient			
HEPARINE LEO 25 000 Unités / 5	19/11/25 0708404	25	3,74   0,66
CEDOCARD AMP 10 MG / 10 ML	19/11/25 0728477	1	1,32   0,23
CHLORURE SOD 0,9 % PERF 250 ML	19/11/25 0740944	1	1,45   0,25
CHLORURE SOD 0,9 % PERF 500 ML	19/11/25 0740951	2	3,16   0,56
ULTRAVIST 370 FL 500 ML	19/11/25 0784199	30	78,99   8,30
Médicaments non remboursables			
MINIPLASCO LINISOL 10 ML 2 %	19/11/25 1205749	1	1,64
CEDIUM CHLORHEXIDINE ALC+AZORU	19/11/25 2683035	1	3,14
BRILIQUE COMP 90 MG UD	19/11/25 2789709	2	1,69
ISOPTIN AMP 5 MG / 2 ML	19/11/25 7799984	1	1,19
3.2 Produits parapharmaceutiques			
EMBOUT POUR THERMOME	19/11/25 7799976	1	0,24
ELECTRODE ECG	19/11/25 7799976	5	1,95

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 252003924  
 Date d'envoi : 07/01/2026  
 Patient : DIEUDONNE, JENNIFER

Page gén. : 4  
 Page : 4  
 Référence établissement : 0022548357

					A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
=====							
3.3. Implants, prothèses et dispositifs médicaux non implantables							
Produits remboursables							
ENS.MAT.INTERV.CORONAIRE PERCUT.-> 1/+ D	19/11/25	159014	1	1.673,87			
Notification (8): 324020005966							
Marge de délivrance (6)					148,74		
=====							
Sous-total 3 - Pharmacie				1.762,53	168,59		0,00
=====							
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				1.727,41			
=====							
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				1.727,41	0,00		0,00
=====							
7. Frais divers	Code	Nombre		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)	
=====							
CHAUSSETTE ANTIDERAP	960455	1			1,61		
=====							

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 252003924  
Date d'envoi : 07/01/2026  
Patient : DIEUDONNE, JENNIFER

Page gén. : 5  
Page : 5  
Référence établissement : 0022548357

	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Sous-total 7 - Frais divers	0,00	1,61	
TOTAUX	4.040,87	170,20	0,00
TOTAL à payer par le patient			170,20
Solde à payer par le patient au compte :	BE74 7955 6816 9607	BIC : GKCCBEBB	170,20
	AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++625/2003/92468+++		

0 3

\*\*\*\*\*

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

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>.

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 252003924  
Date d'envoi : 07/01/2026  
Patient : DIEUDONNE, JENNIFER

Page gén. : 7  
Page : 7  
Référence établissement : 0022548357

=====  
(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).

Modalités de paiement :

Toute somme due non payée dans les 15 jours de la date de réception de la facture sera majorée d'une indemnité forfaitaire, 14 jours après l'envoi d'une mise en demeure prenant la forme d'un premier rappel conformément à la loi du 04 mai 2023. Cette indemnité forfaitaire s'élèvera à 20 euros pour toute somme due inférieure ou égale à 150 euros, à 30 euros augmentés de 10% de la somme due sur la tranche comprise entre 150,01 et 500 euros, à 65 euros augmentés de 5% de la somme due sur la tranche supérieure à 500 euros avec un maximum de 2000 euros. A compter de la notification du montant majoré de l'indemnité forfaitaire, des intérêts calculés au taux légal autorisé par la loi du 04 mai 2023 seront également appliqués sur le montant des factures restant à payer.

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 15 jours à dater de la réclamation écrite lui donnera droit à une indemnité forfaitaire de 20 euros pour toute somme due inférieure ou égale à 150 euros, de 30 euros augmentés de 10% de la somme due sur la tranche comprise entre 150,01 et 500 euros, de 65 euros augmentés de 5% de la somme due sur la tranche supérieure à 500 euros avec un maximum de 2000 euros. En cas de litige, seuls les tribunaux de Charleroi sont compétents.

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

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

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

\*\*\*\*\*