

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

Patient : WOIEMBERGHE, EDMOND  
BOULEVARD EMILE DEVREUX 11 /031  
6000 CHARLEROI

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 : 212099201  
Date de facture : 30/09/2021  
Date d'envoi : 10/11/2021  
Numéro d'admission : 0017954231  
Numéro de dossier : 0004116045  
Date de naissance : 20/12/1963  
Mutualité : 615/63122035960 (101/101)  
Soins du : 22/07/2021 à 22 h 19  
au : 30/09/2021 à 24 h 00

WOIEMBERGHE, EDMOND

BOULEVARD EMILE DEVREUX 11 /031  
6000 CHARLEROI

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.)		1.350,89
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)		
Vos frais d'honoraires		66,23
7. Frais divers		36,20
Total des frais à charge du patient		1.648,62
Facturé à votre mutuelle	63.441,56	

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB | 1.648,62 |

0 3

1 6 4 8 , 6 2

WOIEMBERGHE, EDMOND  
BOULEVARD EMILE DEVREUX 11 /031  
6000 CHARLEROI

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 9 9 / 2 0 1 7 8 + + +

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						Supplément (4)
Service	du	au	Jours	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	
290 - Frais de séjour	1/09/21 00h	30/09/21 24h	30	47.965,20	176,70	
Prix d'hébergement	1/09/21 00h	30/09/21 24h	30	1.101,00		
Sous-total 1 - Frais de séjour				49.066,20	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	674,10		
Médicaments : Quote-part pers. par jour			750002		18,60	
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés				674,10	18,60	0,00

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

			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			1.985,02		
Médicaments non remboursables					
DURATEARS ONG OPHT 3,5 G	0037820	9		36,81	
INSTILLAGEL 11ML SERINGUE	0049742	3		4,81	
LEVOPHED AMP 4 ML	0053744	34		68,58	
VALIUM AMP 10 MG /2 ML	0093807	2		1,75	
HIBIDIL MINIPLASCO 15 ML UD	0291971	1		0,63	
MINIPLASCO K PHOS	0451047	34		45,19	
EAU OXYGENEE CONFOSEPT 120 ML	0487710	1		4,14	
VITALIPID N AMP AD	0497560	27		84,05	
SOLUVIT N INJ	0497578	27		96,55	
KONAKION AMP 10 MG/1 ML	0613513	39		34,36	
LYSOMUCIL AMP 3 ML 10%	0711143	114		25,65	
MINIPLASCO EAU INJ 10 ML AQUA	0819110	18		6,77	
MINIPLASCO KCL 20 ML 7,45 % 20	0823666	8		7,90	
STILNOCT COMP 10 MG UD	1141985	7		2,53	
VALIUM COMP 5 MG	1324698	24		3,23	
ISO-BETADINE GEL 100 G	1522010	8500		566,95	
ISO-BETADINE SOL HYDROALC FL 1	1690809	125		4,90	

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
VITAMINE B1 STEROP AMP 100 MG/	1848472	84		49,28	
VITAMINE B6 STEROP AMP 100 MG/	1848647	28		14,34	
D CURE AMP PER OS	2727105	4		3,51	
EPHEDRINE HCL AGUETTANT SER 1	2922896	1		6,42	
ADDAVEN NOVUM AMP 10 ML	3310851	27		82,30	
PHENYLEPHRINE AGUETT SER 10 ML	3412152	2		19,44	
MOVICOL UNIDOSE SACH SOL ORALE	3459740	80		42,14	
VESIERRA AMP INJ 2 ML 25 MG /M	3964806	19		88,96	
3.2 Produits parapharmaceutiques					
ELECTRODE ECG	7799976	1		0,35	
THEALOX DUO GEL OCUL	7799976	19		6,08	
THEALOX DUO GEL OCUL	7799976	14		4,48	
THEALOX DUO GEL OCUL	7799976	12		3,84	
LEMON GLYCERIN SWAB	7799976	2		0,48	
LEMON GLYCERIN SWAB	7799976	1		0,24	
LEMON GLYCERIN SWAB	7799976	5		1,20	
THEALOX DUO GEL OCUL	7799976	16		5,12	
URIAGE XEMOSE CREME	7799976	1		12,47	
LEMON GLYCERIN SWAB	7799976	15		3,60	
THEALOX DUO GEL OCUL	7799976	12		3,84	
THEALOX DUO GEL OCUL	7799976	16		5,12	
THEALOX DUO GEL OCUL	7799976	9		2,88	
Sous-total 3 - Pharmacie			1.985,02	1.350,89	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				7.419,52		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément						
PHYSIO-KINESITHERAPIE						
GODFRIN, MARIE	23/09/21	560501	1	19,76	2,50	
COLLART, VALERIE	26/09/21	560523	1	6,23	1,00	
DEBELLE, GEOFFROY	18/09/21	560523	1	6,23	1,00	
WILLEM, CECILE	3/09/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	8/09/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	10/09/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	13/09/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	17/09/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	21/09/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	22/09/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	27/09/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	30/09/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	1/09/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	2/09/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	6/09/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	7/09/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	9/09/21	560501	1	19,76	2,50	

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
VERHAEGHE, SOPHIE	14/09/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	15/09/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	20/09/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	24/09/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	28/09/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	29/09/21	560501	1	19,76	2,50	
DE CRITS, YANNIC	4/09/21	560501	1	19,76	2,50	
DE CRITS, YANNIC	5/09/21	560501	1	19,76	2,50	
CNAEPKENS, KELLY	12/09/21	560501	1	19,76	2,50	
CNAEPKENS, KELLY	11/09/21	560523	1	6,23	1,00	
Honoraires entièrement à charge du patient						
BULLIARD, GENEVIEVE						
DOSAGE DE 25-HYDROXY VITAMINE D	20/09/21	007108	1		3,23	
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				7.912,45	66,23	0,00
5. Autres fournitures						
	Code	Nombre		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
PEAU PAR CM2	270362			3.427,68		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			125,37		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			125,37		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			125,37		

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 212099201  
 Date d'envoi : 10/11/2021  
 Patient : WOIEMBERGHE, EDMOND

Page gén. : 7  
 Page : 7

Référence établissement : 0017954231

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Sous-total 5 - Autres fournitures			3.803,79	0,00	0,00
7. Frais divers	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
ATTACHE POIGNET	960466	1		29,44	
THERMOMETRE DIGITAL	960466	1		6,76	
Sous-total 7 - Frais divers			0,00	36,20	
TOTAL			63.441,56	1.648,62	0,00
TOTAL à payer par le patient					1.648,62
Solde à payer par le patient au compte :			BE74 7955 6816 9607	BIC : GKCCBEBB	1.648,62
			AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++621/2099/20178+++		

\*\*\*\*\*

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

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

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*