

**Des questions concernant votre facture ?**

 **Nous contacter par téléphone :**  
071/10.80.00 – tous les jours ouvrables de 8h30 à 14h

 **Nous contacter par email :**  
service.financier.patients@ghdc.be

 **Nous rendre visite :**  
Permanence patients – Site Reine Fabiola  
avenue du Centenaire, 73 – 6061 Montignies/Sambre  
lundi-mardi : 8h30 – 12h  
mercredi-jeudi : 12h30 – 16h

Ca-W2-L6  
Exp : GHdC, av. du Centenaire 73, 6061 Montignies-sur-Sambre  
WOIEMBERGHE, EDMOND  
BOULEVARD EMILE DEVREUX 11 /031  
6000 CHARLEROI

Charleroi, le 08/10/2021

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint votre facture détaillée au nom de WOIEMBERGHE, EDMOND concernant des soins du 22/07/2021 au 31/08/2021. Celle-ci a été établie conformément au format imposé par la législation.

Nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, l'assurance de notre parfaite considération et restons à votre disposition, aux coordonnées reprises ci-dessus, pour toute information complémentaire relative à votre facture.

Le Service Financier Patients

Montant total à payer: 2.272,71 €  
Sur le compte: BE74795568169607  
Avec la communication: +++621/2081/93174+++  
Echéance: 23/10/2021



Passez au numérique avec **doccle**

n° de patient: 4116045  
Code Doccle: 6593  
www.doccle.be

Handtekening(en)  
Signature(s)  
Unterschrift(en)

**OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT**  
**ORDRE DE VIREMENT**  
**ÜBERWEISUNGS-AUFTRAG**

Bij invulling met de hand, een HOOFDLETTER of cijfer in zwart (of blauw) per vakje  
Si complète à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case  
Beim Ausfüllen mit der Hand ein GROSSBUCHSTABE oder Zahl in schwarz (oder blau) pro Feld

Gewenste uitvoeringsdatum in de toekomst / Date d'exécution souhaitée dans le futur / Gewünschtes Ausführungsdatum in der Zukunft

Bedrag / Montant / Betrag EUR CENT  
2 2 7 2 , 7 1

Rekening opdrachtgever (IBAN)  
Compte donneur d'ordre (IBAN)  
Konto des Auftraggebers (IBAN)

Naam en adres opdrachtgever  
Nom et adresse donneur d'ordre  
Name und Adresse des Auftraggebers

WOIEMBERGHE, EDMOND  
BOULEVARD EMILE DEVREUX 11 /031  
BE-6000 CHARLEROI

Rekening begunstigde (IBAN)  
Compte bénéficiaire (IBAN)  
Konto des Begünstigten (IBAN)

B E 7 4 7 9 5 5 6 8 1 6 9 6 0 7

BIC begunstigde  
BIC bénéficiaire  
BIC Begünstigten

G K C C B E B B

Naam en adres begunstigde  
Nom et adresse bénéficiaire  
Name und Adresse des Begünstigten

Grand Hôpital de Charleroi S Joseph, S Thérèse, IMTR, ND, RF  
Avenue du Centenaire 73  
6061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE

Mededeling  
Communication  
Mitteilung

+ + + 6 2 1 / 2 0 8 1 / 9 3 1 7 4 + + +

## Conditions générales

Les factures du Grand Hôpital de Charleroi sont établies et présentées conformément à la réglementation de l'INAMI.

L'échéance de paiement de toute facture est de 15 jours après sa réception, le cachet de la poste faisant foi. 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. En l'absence de réaction à ce rappel unique, le dossier sera alors transmis à une société spécialisée dans le recouvrement et les frais risquent d'être plus élevés en cas de procédure judiciaire.

En cas d'activation de la procédure de recouvrement, les données à caractère personnel du patient concerné qui sont nécessaires aux fins de la récupération des créances seront communiquées à une société de recouvrement et conservées par celle-ci pour la durée nécessaire à la récupération des montants dus. Ces mêmes données à caractère personnel pourront également, dans cette même finalité de récupération des créances, être communiquées à l'ensemble des sous-traitants de cette société (agents de recouvrement, avocats, huissiers,...). La communication des données à caractère personnel se fait de façon adéquate et responsable, dans le respect du RGPD.

Les réclamations portant sur le contenu de la facture doivent être formulées par écrit et adressées au Service Financier Patients accompagnées des pièces justificatives de la contestation. Le renvoi de la facture seule ne constitue pas une contestation. L'absence de contestation implique l'acceptation de la facture ainsi que des conditions générales de paiement qu'elle mentionne. 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.

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 : 212081931  
Date de facture : 31/08/2021  
Date d'envoi : 8/10/2021  
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 : 31/08/2021 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	235,60
2. Montants forfaitaires facturés (2)	26,78
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)	1.927,83
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)	
Vos frais d'honoraires	82,50
Total des frais à charge du patient	2.272,71
Facturé à votre mutuelle	95.641,14

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB | 2.272,71 |

Q5578P009811-111-0000-12/41

0 3

2 2 7 2 , 7 1

WOIEMBERGHE, EDMOND  
BOULEVARD EMILE DEVREUX 11 /031  
6000 CHARLEROI

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

T

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					
290 - Frais de séjour	23/07/21 00h	23/07/21 24h	1		1.598,84	5,89		
290 - Frais de séjour	24/07/21 00h	31/07/21 24h	8		12.790,72	47,12		
290 - Frais de séjour	1/08/21 00h	31/08/21 24h	31		49.564,04	182,59		
Prix d'hébergement	23/07/21 00h	23/07/21 24h	1		36,70			
Prix d'hébergement	24/07/21 00h	31/07/21 24h	8		293,60			
Prix d'hébergement	1/08/21 00h	31/08/21 24h	31		1.137,70			
Sous-total 1 - Frais de séjour					65.421,60	235,60	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			902,67			
		591080			57,21			
		591603			36,88			
Honoraires imagerie médicale		460784			67,13			
		460821			15,79	1,98		
Honoraires service de garde médical et prestations techniques		590181			27,97			
Médicaments : Forfait par admission		590203			27,97			
Médicaments : Quote-part pers. par jour		756000	40		92,67	24,80		
		750002						
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés					1.228,29	26,78	0,00	
3. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux				Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
3.1. Médicaments								
Médicaments remboursables								
Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité						4.547,68		
Médicaments non remboursables								
DURATEARS ONG OPHT 3,5 G		0037820	8			32,72		
GELFOAM EPONGE SIZE 12		0043521	1			3,02		
INSTILLAGEL 11ML SERINGUE		0049742	2			3,21		
LEVOPHED AMP 4 ML		0053744	66			133,12		
HACDIL - S MINIPLASCO 15 ML UD		0291989	1			0,63		
MINIPLASCO K PHOS		0451047	43			57,15		
VITALIPID N AMP AD		0497560	41			127,63		
SOLUVIT N INJ		0497578	41			146,62		
KONAKION AMP 10 MG/1 ML		0613513	80			70,48		
LYSOMUCIL AMP 3 ML 10%		0711143	148			33,30		
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML		0819094	3			1,16		
MINIPLASCO EAU INJ 10 ML AQUA		0819110	99			37,22		
MINIPLASCO KCL 20 ML 7,45 % 20		0823666	4			3,95		
MINIPLASCO NACL 4 G 20 ML 20 %		0864983	1			0,68		
HACDIL - S MINIPLASCO 50 ML UD		1160621	1			1,38		
MINIPLASCO LINISOL 10 ML 2 %		1205749	1			1,64		
ISO-BETADINE GEL 100 G		1522010	9000			600,30		
ISO-BETADINE GEL 100 G		1522010	2300			153,41		
ISO-BETADINE SOL HYDROALC FL 1		1690809	250			9,80		
VITAMINE B1 STEROP AMP 100 MG/		1848472	126			73,92		
VITAMINE B6 STEROP AMP 100 MG/		1848647	46			23,55		
MAGNESIUM SULF SOL INJ 3 G 1		2117570	18			54,99		
D CURE AMP PER OS		2727105	5			4,38		
ISO-BETADINE BUCCALE FL 200 ML		3255700	800			17,68		
ADDAVEN NOVUM AMP 10 ML		3310851	41			124,97		
MOVICOL UNIDOSE SACH SOL ORALE		3459740	49			25,81		
TRIAxis SER PREREMPLIE 2 AIGUI		3707767	1			28,70		

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
3.2 Produits parapharmaceutiques ORTHESE				7799976	1	30,00
Sous-total 3 - Pharmacie				4.547,68	1.927,83	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				12.687,51		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément						
COLIN, BENOIT	28/07/21	567206	1	23,50	2,50	
COLIN, BENOIT	30/07/21	567206	1	23,50	2,50	
COLLART, VALERIE	25/07/21	567206	1	23,50	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	23/07/21	567206	1	23,50	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	26/07/21	567206	1	23,50	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	27/07/21	567206	1	23,50	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	29/07/21	567206	1	23,50	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	2/08/21	567206	1	23,50	2,50	
SCOLAS, GAETAN	31/07/21	567206	1	23,50	2,50	
PHYSIO-KINESITHERAPIE						
COLIN, BENOIT	6/08/21	560501	1	19,76	2,50	
COLIN, BENOIT	9/08/21	560501	1	19,76	2,50	
COLIN, BENOIT	19/08/21	560501	1	19,76	2,50	
COLIN, BENOIT	23/08/21	560501	1	19,76	2,50	
BARBIER, VERONIQUE	29/08/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	10/08/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	11/08/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	12/08/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	13/08/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	16/08/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	20/08/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	21/08/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	22/08/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	24/08/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	25/08/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	26/08/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	27/08/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	30/08/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	3/08/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	4/08/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	5/08/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	31/08/21	560501	1	19,76	2,50	
DE CRITS, YANNIC	14/08/21	560501	1	19,76	2,50	
DE CRITS, YANNIC	15/08/21	560501	1	19,76	2,50	
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				13.373,25	82,50	0,00
5. Autres fournitures				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Code	Nombre					
PEAU PAR CM2	270362					
PEAU CONSERVEE DANS L'AZOTE LIQUIDE OU DANS L	271526					
PEAU CONSERVEE DANS L'AZOTE LIQUIDE OU DANS L	271526					
PEAU CONSERVEE DANS L'AZOTE LIQUIDE OU DANS L	271526					
PLATRE - MEMBRES SUPERIEURS : MAIN	690281					
PLATRE - MEMBRES SUPERIEURS : MAIN	690281					
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463					
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463					
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463					
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463					
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463					
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463					
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463					
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463					
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463					
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463					
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463					
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463					
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463					
Sous-total 5 - Autres fournitures				11.070,32	0,00	0,00

Q5578P009811-11-0000-13/41

	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAUX	95.641,14	2.272,71	0,00
TOTAL à payer par le patient			2.272,71
Solde à payer par le patient au compte :	BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE ++621/2081/93174+++		2.272,71

- (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).
- 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.