

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

Patient : MATHY, FABRICE
BOULEVARD JOSEPH II 13
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 : 212104564
Date de facture : 31/10/2021
Date d'envoi : 8/12/2021
Numéro d'admission : 0017954270
Numéro de dossier : 0005013358
Date de naissance : 12/04/1979
Mutualité : 216/79041219169 (101/101)
Soins du : 22/07/2021 à 22 h 19
au : 31/10/2021 à 24 h 00

MATHY, FABRICE

BOULEVARD JOSEPH II 13
6000 CHARLEROI

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

1. Frais de séjour ou de réadaptation		
Vos frais d'hospitalisation ou de réadaptation		594,89
2. Montants forfaitaires facturés (2)		64,60
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)		5.392,21
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)		
Vos frais d'honoraires		263,39
7. Frais divers		96,45
Total des frais à charge du patient		6.411,54
Facturé à votre mutuelle	245.520,93	

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB | 6.411,54 |

0 3

6 4 1 1 , 5 4

MATHY, FABRICE
BOULEVARD JOSEPH II 13
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 1 0 4 / 5 6 4 0 9 + + +

Numéro de facture : 212104564
 Date d'envoi : 8/12/2021
 Patient : MATHY, FABRICE

DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT
 NISS : 79041219169

Page gén. : 2
 Page : 2
 Référence établissement : 0017954270

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	
290	- Frais de séjour	1/09/21 00h	30/09/21 24h	30	47.965,20	176,70	
290	- Frais de séjour	1/10/21 00h	20/10/21 24h	20	31.976,80	117,80	
290	- Frais de séjour	21/10/21 00h	31/10/21 24h	11	17.587,24	64,79	
	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		
	Prix d'hébergement	1/09/21 00h	30/09/21 24h	30	1.101,00		
	Prix d'hébergement	1/10/21 00h	20/10/21 24h	20	734,00		
	Prix d'hébergement	21/10/21 00h	31/10/21 24h	11	403,70		
Sous-total 1 - Frais de séjour					165.189,54	594,89	0,00

0 3

T

Numéro de facture : 212104564
 Date d'envoi : 8/12/2021
 Patient : MATHY, FABRICE

Page gén. : 3
 Page : 3

Référence établissement : 0017954270

		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)		
2. Montants forfaitaires facturés (2)						
	Code	Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)	
Honoraires biologie clinique	592001		2.273,34			
	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			
	590203		27,97			
Médicaments : Forfait par admission	756000		92,67			
Médicaments : Quote-part pers. par jour	750002	101		62,62		
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés			2.598,96	64,60	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				12.584,36		

0 3

T

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Médicaments non remboursables					
DURATEARS ONG OPHT 3,5 G	0037820	16		65,44	
INSTILLAGEL 11ML SERINGUE	0049742	2		3,21	
LEVOPHED AMP 4 ML	0053744	188		379,20	
VALIUM AMP 10 MG /2 ML	0093807	1		0,87	
MINIPLASCO K PHOS	0451047	80		106,32	
EAU OXYGENEE CONFOSEPT 120 ML	0487710	2		8,28	
VITALIPID N AMP AD	0497560	97		301,96	
SOLUVIT N INJ	0497578	97		346,87	
KONAKION AMP 10 MG/1 ML	0613513	177		155,94	
LYSOMUCIL AMP 3 ML 10%	0711143	299		67,28	
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML	0819094	42		16,25	
MINIPLASCO EAU INJ 10 ML AQUA	0819110	123		46,25	
MINIPLASCO KCL 20 ML 7,45 % 20	0823666	107		105,72	
MINIPLASCO NAACL 4 G 20 ML 20 %	0864983	2		1,37	
PLURULE NAACL 0,9 % 50 ML	0865006	15		22,65	
ISO-BETADINE DERMIQUE MP 10 ML	1080233	2		1,25	
HACDIL - S MINIPLASCO 50 ML UD	1160621	2		2,77	
MINIPLASCO LINISOL 10 ML 1 %	1204270	3		4,74	
MINIPLASCO LINISOL 10 ML 2 %	1205749	5		8,20	
VALIUM COMP 5 MG	1324698	9		1,21	
VALIUM COMP 10 MG	1324706	136		25,34	
ISO-BETADINE GEL 100 G	1522010	9200		613,64	
ISO-BETADINE GEL 100 G	1522010	8900		593,63	
ISO-BETADINE GEL 100 G	1522010	9700		646,99	
ISO-BETADINE GEL 100 G	1522010	3500		233,45	
ASPEGIC SACH 500 MG	1553957	8		1,32	
ISO-BETADINE SOL HYDROALC FL 1	1690809	1125		44,10	
VITAMINE B1 STEROP AMP 100 MG/	1848472	255		149,61	
VITAMINE B6 STEROP AMP 100 MG/	1848647	90		46,08	

T

	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
MAGNESIUM SULF SOL INJ 3 G 1	2117570	106	323,83
FENISTIL GTTE 20 ML 1 MG / ML	2565950	20	3,30
D CURE AMP PER OS	2727105	15	13,15
EPHEDRINE HCL AGUETTANT SER 1	2922896	3	19,27
NOVALGINE AMP 1 G /2 ML	3230596	3	2,27
ISO-BETADINE BUCCALE FL 200 ML	3255700	800	17,68
ADDAVEN NOVUM AMP 10 ML	3310851	97	295,66
PHENYLEPHRINE AGUETT SER 10 ML	3412152	6	58,33
MOVICOL UNIDOSE SACH SOL ORALE	3459740	278	146,45
TRIAXIS SER PREREMPLIE 2 AIGUI	3707767	1	28,70
VESIERRA AMP INJ 2 ML 25 MG /M	3964806	82	383,92
3.2 Produits parapharmaceutiques			
ELECTRODE ECG	7799976	1	0,35
ORTHESE	7799976	1	30,00
GUM HYDRAL BAIN DE B	7799976	1	5,58
GUM HYDRAL BAIN DE B	7799976	1	5,58
GUM HYDRAL BAIN DE B	7799976	2	11,16
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	5	1,60
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	15	4,80
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	14	4,48
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	10	3,20
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	15	4,80
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	10	3,20
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	14	4,48
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	11	3,52
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	8	2,56
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	23	7,36
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	22	7,04

 ***** *****

T

 ***** *****

Numéro de facture : 212104564
 Date d'envoi : 8/12/2021
 Patient : MATHY, FABRICE

Page gén. : 6
 Page : 6
 Référence établissement : 0017954270

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Sous-total 3 - Pharmacie				12.584,36	5.392,21	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				40.346,34		
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						
GODFRIN, MARIE	5/10/21	560501	1	19,76	2,50	
GODFRIN, MARIE	14/10/21	560501	1	19,76	2,50	
GODFRIN, MARIE	27/10/21	560501	1	19,76	2,50	
GODFRIN, MARIE	28/10/21	560501	1	19,76	2,50	
TITEUX, NADIA	25/09/21	560501	1	19,76	2,50	

T

					A charge	A charge	Supplément
					de la	du	(4)
					mutualité	patient (3)	
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	
MASSON, PATRICK	9/10/21	560523	1		6,23	1,00	
BARBIER, VERONIQUE	29/08/21	560501	1		19,76	2,50	
BARBIER, VERONIQUE	28/08/21	560523	1		6,23	1,00	
COPET, FABIAN	2/10/21	560501	1		19,76	2,50	
COPET, FABIAN	3/10/21	560501	1		19,76	2,50	
DEBELLE, GEOFFROY	31/10/21	560501	1		19,76	2,50	
DEBELLE, GEOFFROY	18/09/21	560523	1		6,23	1,00	
DEBELLE, GEOFFROY	30/10/21	560523	1		6,23	1,00	
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	17/08/21	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	
WILLEM, CECILE	2/09/21	560501	1		19,76	2,50	
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	

T

Numéro de facture : 212104564
Date d'envoi : 8/12/2021
Patient : MATHY, FABRICE

Page gén. : 8
Page : 8
Référence établissement : 0017954270

				A charge	A charge	Supplément
				de la	du	(4)
				mutualité	patient (3)	
WILLEM, CECILE	13/09/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	16/09/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	17/09/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	23/09/21	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	
WILLEM, CECILE	1/10/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	6/10/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	7/10/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	11/10/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	12/10/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	15/10/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	20/10/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	22/10/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	25/10/21	560501	1	19,76	2,50	
WILLEM, CECILE	29/10/21	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	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	
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	
VERHAEGHE, SOPHIE	4/10/21	560501	1	19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	8/10/21	560501	1	19,76	2,50	

0 3

T

Numéro de facture : 212104564
 Date d'envoi : 8/12/2021
 Patient : MATHY, FABRICE

Page gén. : 9
 Page : 9
 Référence établissement : 0017954270

					A charge	A charge	Supplément
					de la	du	(4)
					mutualité	patient (3)	
VERHAEGHE, SOPHIE	18/10/21	560501	1		19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	19/10/21	560501	1		19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	21/10/21	560501	1		19,76	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	26/10/21	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	
DE CRITS, YANNIC	4/09/21	560501	1		19,76	2,50	
DE CRITS, YANNIC	5/09/21	560501	1		19,76	2,50	
SCOLAS, GAETAN	23/10/21	560501	1		19,76	2,50	
SCOLAS, GAETAN	24/10/21	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	
XHROUET, PERRINE	16/10/21	560501	1		19,76	2,50	
XHROUET, PERRINE	17/10/21	560501	1		19,76	2,50	
Honoraires entièrement à charge du patient							
BULLIARD, GENEVIEVE							
DOSAGE DE 25-HYDROXY VITAMINE D	20/09/21	007108	1			3,23	
JURDAN, MARYVONNE							
DOSAGE DE 25-HYDROXY VITAMINE D	16/08/21	007108	1			3,23	
KORNREICH, ANNE							
DOSAGE DE 25-HYDROXY VITAMINE D	29/07/21	007108	1			3,23	
JENNES, SERGE							
TUBAGE GASTRIQUE HOSP	22/07/21	010220	1			6,18	
TUBAGE GASTRIQUE HOSP	19/10/21	010220	1			6,18	
CATHETERISME VESICAL (SONDAGE)	22/07/21	010240	1			7,21	
CATHETERISME VESICAL (SONDAGE)	17/08/21	010240	1			7,21	
CATHETERISME VESICAL (SONDAGE)	6/09/21	010240	1			7,21	

0 3

T

Numéro de facture : 212104564
 Date d'envoi : 8/12/2021
 Patient : MATHY, FABRICE

Page gén. : 10
 Page : 10
 Référence établissement : 0017954270

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
CATHETERISME VESICAL (SONDAGE)	19/10/21	010240	1	7,21	
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins			42.051,23	263,39	0,00
5. Autres fournitures	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
PEAU PAR CM2	270362		938,32		
PEAU CONSERVEE DANS L'AZOTE LIQUIDE OU DANS L	271526		1.613,20		
PEAU CONSERVEE DANS L'AZOTE LIQUIDE OU DANS L	271526		1.938,80		
PEAU CONSERVEE DANS L'AZOTE LIQUIDE OU DANS L	271526		2.619,60		
PEAU CONSERVEE DANS L'AZOTE LIQUIDE OU DANS L	271526		1.679,80		
PEAU CONSERVEE DANS L'AZOTE LIQUIDE OU DANS L	271526		3.041,40		
PEAU CONSERVEE DANS L'AZOTE LIQUIDE OU DANS L	271526		932,40		
PEAU CONSERVEE DANS L'AZOTE LIQUIDE OU DANS L	271526		6.401,00		
PLATRE - MEMBRES SUPERIEURS : MAIN	690281		2,11		
PLATRE - MEMBRES SUPERIEURS : MAIN	690281		2,11		
PLASMA FRAIS CONGELE VIRO-INACTIVE	752441		97,41		
PLASMA FRAIS CONGELE VIRO-INACTIVE	752441		97,41		
PLASMA FRAIS CONGELE VIRO-INACTIVE	752441		97,41		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		125,37		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		125,37		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		125,37		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		125,37		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		125,37		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		125,37		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		125,37		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		125,37		

0 3

T

Numéro de facture : 212104564
Date d'envoi : 8/12/2021
Patient : MATHY, FABRICE

Page gén. : 12
Page : 12
Référence établissement : 0017954270

	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Sous-total 7 - Frais divers	0,00	96,45	
TOTAUX	245.520,93	6.411,54	0,00
TOTAL à payer par le patient			6.411,54
Solde à payer par le patient au compte :	BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++621/2104/56409+++		6.411,54

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

Numéro de facture : 212104564

Page gén. : 14

Date d'envoi : 8/12/2021

Page : 14

Patient : MATHY, FABRICE

Référence établissement : 0017954270

|=====|

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

***** *****
