

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

Patient : MORMONT, NATHALIE  
RUE DU BASTEAU, FORRIERES 48  
6950 NASSOGNE

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 : 222156926  
Date de facture : 31/01/2022  
Date d'envoi : 15/03/2022  
Numéro d'admission : 0018405597  
Numéro de dossier : 0005022593  
Date de naissance : 4/07/1971  
Mutualité : 323/71070400854 (110/110)  
Soins du : 25/12/2021 à 18 h 07  
au : 31/01/2022 à 24 h 00

MORMONT, NATHALIE

RUE DU BASTEAU FORRIERES 48  
6950 NASSOGNE

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

1. Frais de séjour ou de réadaptation		
Vos frais d'hospitalisation ou de réadaptation		534,44
2. Montants forfaitaires facturés (2)		19,22
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)		914,00
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)		
Vos frais d'honoraires		352,15
Total des frais à charge du patient		1.819,81
Facturé à votre mutuelle	62.304,63	

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB | 1.819,81 |

0 3

1 8 1 9 , 8 1

MORMONT, NATHALIE  
RUE DU BASTEAU FORRIERES 48  
6950 NASSOGNE

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 5 6 / 9 2 6 6 7 + + +

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	1/01/22 00h	31/01/22 24h	31		50.610,60		534,44		
Prix d'hébergement	1/01/22 00h	31/01/22 24h	31		1.137,70				
Sous-total 1 - Frais de séjour					51.748,30		534,44		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		705,87			
Médicaments : Quote-part pers. par jour				750002	31		19,22		
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés					705,87		19,22		0,00
=====									

\*\*\*\*\*

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

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	1/01/22 00h	31/01/22 24h	31		50.610,60		534,44		
Prix d'hébergement	1/01/22 00h	31/01/22 24h	31		1.137,70				
Sous-total 1 - Frais de séjour					51.748,30		534,44		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			705,87			
Médicaments : Quote-part pers. par jour			750002	31			19,22		
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés						705,87		19,22	0,00
=====									

\*\*\*\*\*

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

T

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

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 222156926  
Date d'envoi : 15/03/2022  
Patient : MORMONT, NATHALIE

Page gén. : 3  
Page : 3  
Référence établissement : 0018405597

			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			1.682,41		
Médicaments non remboursables					
LEVOPHED AMP 4 ML	0053744	34		68,58	
VALIUM AMP 10 MG /2 ML	0093807	1		0,87	
MINIPLASCO K PHOS	0451047	28		37,21	
EAU OXYGENEE CONFOSEPT 120 ML	0487710	31		128,34	
VITALIPID N AMP AD	0497560	27		84,05	
SOLUVIT N INJ	0497578	28		100,13	
KONAKION AMP 10 MG/1 ML	0613513	26		22,91	
LYSOMUCIL AMP 3 ML 10%	0711143	66		14,85	
MINIPLASCO EAU INJ 10 ML AQUA	0819110	25		9,40	
MINIPLASCO KCL 20 ML 7,45 % 20	0823666	20		19,76	
ISO-BETADINE DERMIQUE FL 125 M	1112598	500		17,75	
MS DIRECT COMP 10 MG	1466879	4		0,97	
ISO-BETADINE GEL 100 G	1522010	300		20,40	
ISO-BETADINE SOL HYDROALC FL 1	1690809	125		5,01	
VITAMINE B1 STEROP AMP 100 MG/	1848472	24		14,08	
VITAMINE B6 STEROP AMP 100 MG/	1848647	8		4,10	
DAKTARIN SPRAY POUUDRE 8 G 2 %	2051928	1		7,64	

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
MAGNESIUM SULF SOL INJ 3 G 1	2117570	27		82,49	
NIQUITIN CLEAR PATCH 14 MG	2241180	5		12,47	
D CURE AMP PER OS	2727105	4		3,51	
ADDAVEN NOVUM AMP 10 ML	3310851	28		85,34	
MOVICOL UNIDOSE SACH SOL ORALE	3459740	4		2,14	
VESIERRA AMP INJ 2 ML 25 MG /M	3964806	10		46,82	
3.2 Produits parapharmaceutiques					
BEURRE DE CACAO LABI	7799976	1		4,03	
DALE 4 PANNEAUX XL B	7799976	1		46,75	
DALE 4 PANNEAUX L BL	7799976	1		27,65	
DALE 4 PANNEAUX XL B	7799976	1		46,75	

Sous-total 3 - Pharmacie | 1.682,41 | 914,00 | 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				6.027,66		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément						
JENNES, SERGE	12/01/22-13/01/22	598043	2	4,62	2,48	
JENNES, SERGE	23/01/22-24/01/22	598043	2	4,62	2,48	

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

=====				A charge	A charge	Supplément
				de la	du	(4)
				mutualité	patient (3)	
=====						
JENNES, SERGE	25/01/22-31/01/22	598043	7	16,17	8,68	
THISSEN, XAVE	14/01/22	599082	1	36,55	4,96	
PRESTATIONS TECHNIQUES						
HANS, NADINE	4/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	5/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	6/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	7/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	8/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	9/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	10/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	11/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	12/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	13/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	14/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	17/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	18/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	19/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	20/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	21/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	22/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	23/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	25/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	26/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	29/01/22	145305	1	7,89	2,62	
HANS, NADINE	30/01/22	145305	1	7,89	2,62	
SUPPL. PREST. TECHN. URGENTE						
HANS, NADINE	8/01/22	599664	1	15,81	5,27	
HANS, NADINE	9/01/22	599664	1	15,81	5,27	
HANS, NADINE	22/01/22	599664	1	15,81	5,27	
HANS, NADINE	23/01/22	599664	1	15,81	5,27	

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

				A charge	A charge	Supplément
				de la	du	(4)
				mutualité	patient (3)	
HANS, NADINE	29/01/22	599664	1	15,81	5,27	
HANS, NADINE	30/01/22	599664	1	15,81	5,27	
PHYSIO-KINESITHERAPIE						
GODFRIN, MARIE	3/01/22	567206	1	19,75	6,25	
GODFRIN, MARIE	4/01/22	567206	1	19,75	6,25	
GODFRIN, MARIE	5/01/22	567206	1	19,75	6,25	
GODFRIN, MARIE	6/01/22	567206	1	19,75	6,25	
GODFRIN, MARIE	7/01/22	567206	1	19,75	6,25	
TITEUX, NADIA	2/01/22	567206	1	19,75	6,25	
WILLEM, CECILE	10/01/22	567206	1	19,75	6,25	
XHROUET, PERRINE	8/01/22	567206	1	19,75	6,25	
XHROUET, PERRINE	9/01/22	567206	1	19,75	6,25	
GODFRIN, MARIE	28/01/22	560501	1	16,01	6,25	
COLLART, VALERIE	29/01/22	560501	1	16,01	6,25	
COLLART, VALERIE	30/01/22	560501	1	16,01	6,25	
DEBELLE, GEOFFROY	22/01/22	560523	1	5,23	2,00	
DEBELLE, GEOFFROY	23/01/22	560523	1	5,23	2,00	
WILLEM, CECILE	14/01/22	560501	1	16,01	6,25	
WILLEM, CECILE	20/01/22	560501	1	16,01	6,25	
WILLEM, CECILE	21/01/22	560501	1	16,01	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	11/01/22	560501	1	16,01	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	12/01/22	560501	1	16,01	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	13/01/22	560501	1	16,01	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	17/01/22	560501	1	16,01	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	18/01/22	560501	1	16,01	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	27/01/22	560501	1	16,01	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	31/01/22	560501	1	16,01	6,25	
IDIR, SOPHIA	15/01/22	560501	1	16,01	6,25	
IDIR, SOPHIA	16/01/22	560501	1	16,01	6,25	

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

=====				A charge	A charge	Supplément
				de la	du	(4)
				mutualité	patient (3)	
=====						
HANS, NADINE	29/01/22	599664	1	15,81	5,27	
HANS, NADINE	30/01/22	599664	1	15,81	5,27	
GODFRIN, MARIE	3/01/22	567206	1	19,75	6,25	
GODFRIN, MARIE	4/01/22	567206	1	19,75	6,25	
GODFRIN, MARIE	5/01/22	567206	1	19,75	6,25	
GODFRIN, MARIE	6/01/22	567206	1	19,75	6,25	
GODFRIN, MARIE	7/01/22	567206	1	19,75	6,25	
TITEUX, NADIA	2/01/22	567206	1	19,75	6,25	
WILLEM, CECILE	10/01/22	567206	1	19,75	6,25	
XHROUET, PERRINE	8/01/22	567206	1	19,75	6,25	
XHROUET, PERRINE	9/01/22	567206	1	19,75	6,25	
PHYSIO-KINESITHERAPIE						
GODFRIN, MARIE	28/01/22	560501	1	16,01	6,25	
COLLART, VALERIE	29/01/22	560501	1	16,01	6,25	
COLLART, VALERIE	30/01/22	560501	1	16,01	6,25	
DEBELLE, GEOFFROY	22/01/22	560523	1	5,23	2,00	
DEBELLE, GEOFFROY	23/01/22	560523	1	5,23	2,00	
WILLEM, CECILE	14/01/22	560501	1	16,01	6,25	
WILLEM, CECILE	20/01/22	560501	1	16,01	6,25	
WILLEM, CECILE	21/01/22	560501	1	16,01	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	11/01/22	560501	1	16,01	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	12/01/22	560501	1	16,01	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	13/01/22	560501	1	16,01	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	17/01/22	560501	1	16,01	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	18/01/22	560501	1	16,01	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	27/01/22	560501	1	16,01	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	31/01/22	560501	1	16,01	6,25	
IDIR, SOPHIA	15/01/22	560501	1	16,01	6,25	
IDIR, SOPHIA	16/01/22	560501	1	16,01	6,25	

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
DUC, AURELIE	24/01/22	560501	1	16,01	6,25	
DUC, AURELIE	25/01/22	560501	1	16,01	6,25	
DUC, AURELIE	26/01/22	560501	1	16,01	6,25	
Honoraires entièrement à charge du patient						
KORNREICH, ANNE						
PROCALCITONINE	8/01/22	007021	1		34,56	
PROCALCITONINE	28/01/22	007021	1		34,56	
DOSAGE ACIDE FOLIQUE DANS ÉRYTHROCYTES PAR	7/01/22	007062	1		2,42	

Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				6.834,45	352,15	0,00
---	--	--	--	----------	--------	------

5. Autres fournitures	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
PLASMA FRAIS CONGELE VIRO-INACTIVE	752441		98,18		
PLASMA FRAIS CONGELE VIRO-INACTIVE	752441		98,18		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		126,36		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		126,36		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		126,36		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		126,36		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		126,36		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		126,36		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		126,36		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		126,36		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		126,36		

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Sous-total 5 - Autres fournitures	1.333,60	0,00	0,00
TOTAUX	62.304,63	1.819,81	0,00
TOTAL à payer par le patient			1.819,81
Solde à payer par le patient au compte :	BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB		1.819,81
	AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++622/2156/92667+++		

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Sous-total 5 - Autres fournitures	1.333,60	0,00	0,00
TOTAUX	62.304,63	1.819,81	0,00
TOTAL à payer par le patient			1.819,81
Solde à payer par le patient au compte :	BE74 7955 6816 9607	BIC : GKCCBEBB	1.819,81
	AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE		+++622/2156/92667+++

\*\*\*\*\*

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

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

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

=====|

(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

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*