

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

Patient : SAMYN, JEAN-MARC  
RUE DE FRANCE, AGIMONT 277  
B-5544 AGIMONT

Avenue du Centenaire 73  
6061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE  
Numéro I.N.A.M.I. : 7/10010/30/000  
Numéro BCE : 0894384837  
Téléphone : 071/10.80.00

SAMYN, JEAN-MARC  
RUE DE FRANCE AGIMONT 277  
B-5544 AGIMONT

Numéro de facture : 224617242  
Date de facture : 31/03/2022  
Date d'envoi : 29/04/2022  
Numéro de dossier : 0005027521

Date de naissance : 29/08/1964  
Mutualité : 509/64082909349 (121/121)  
Soins du : 20/03/2022  
au : 20/03/2022

Communication:

Toutes les prestations médicales (ou paramédicales) 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 : adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

	Admission	Date	Code	Nbre	A charge de la mutuelité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
2. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux							
2.1. Médicaments							
Médicaments remboursables							

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 224617242

Page gén. : 2

Date d'envoi : 29/04/2022

Page : 2

Patient : SAMYN, JEAN-MARC

Référence établissement : 0005027521

					A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité					20,01		
Montant médicaments en partie à charge du patient							
CHLORURE SOD 0,9 % PERF 1000 M	0018656699	20/03/22	0741033	1	1,59	0,28	
HARTMANN PERF 1000 ML REF : AE	0018656699	20/03/22	0741090	2	4,74	0,84	
NIMBEX AMP 20 MG/10 ML	0018656699	20/03/22	0745430	1	2,39	0,50	
CHLORURE SOD 0,9 % PERF 50 ML	0018656699	20/03/22	0771600	4	4,24	0,76	
SOLU-MEDROL [S.A.B.] ACT-O- VI	0018656699	20/03/22	7729171	1	2,40	0,42	
Médicaments non remboursables							
INSTILLAGEL 11ML SERINGUE	0018656699	20/03/22	0049742	1		1,60	
LEVOPHED AMP 4 ML	0018656699	20/03/22	0053744	2		4,03	
HACDIL - S MINIPLASCO 50 ML UD	0018656699	20/03/22	1160621	1		1,38	
ISO-BETADINE SOL HYDROALC FL 1	0018656699	20/03/22	1690809	125		5,01	
EPHEDRINE HCL AGUETTANT SER 1	0018656699	20/03/22	2922896	1		6,42	
Sous-total 2 - Pharmacie					35,37	21,24	0,00
TOTAUX					35,37	21,24	0,00
TOTAL à payer par le patient							21,24
Solde à payer par le patient au compte :					BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB		21,24
					AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE		+++622/4617/24275+++

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

=====|

- (1) Conventionné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention.  
 Partiellement conventionné (PC) : le dispensateur est certains jours lié aux tarifs fixés dans la convention.  
 Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet.  
 Non conventionné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention.
- (2) 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)
- (3) Supplément : est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Ces montants peuvent être facturés par des médecins non-conventionnés ou partiellement conventionnés et sont entièrement à charge du patient.
- (4) 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>.

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.

0 3

2 1 , 2 4

SAMYN, JEAN-MARC  
 RUE DE FRANCE AGIMONT 277  
 5544 AGIMONT

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 / 4 6 1 7 / 2 4 2 7 5 + + +