



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

Barcode information: Cb-W3-L4 Exp: GHdC, av. du Centenaire 73, 6061 Montignies-sur-Sambre PENNING, PIERRE SENTIER DE LA REMISE 23 /011 6060 GILLY

Charleroi, le 07/11/2022

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint votre facture détaillée au nom de PENNING, PIERRE concernant des soins du 17/08/2022 au 30/09/2022. 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: 2.411,69 €
Sur le compte: BE74795568169607
Avec la communication: +++622/2295/06881+++
Echéance: 22/11/2022



Passez au numérique avec doccle
n° de patient: 4126829
Code Doccle: 2214
www.doccle.be

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

OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT
ORDRE DE VIREMENT
ÜBERWEISUNGSAUFTRAG

Payment slip form with fields for execution date, amount (EUR 2,411.69), sender (PENNING, PIERRE), and beneficiary (Grand Hôpital de Charleroi).

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 15 jours à dater de la réclamation écrite lui donnera droit à une indemnité forfaitaire de 15 % de la dite somme avec un minimum 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 : PENNING, PIERRE
 SENTIER DE LA REMISE 23 /011
 6060 GILLY

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	: 222295068	PENNING, PIERRE
Date de facture	: 30/09/2022	
Date d'envoi	: 7/11/2022	SENTIER DE LA REMISE 23 /011
Numéro d'admission	: 0019081226	6060 GILLY
Numéro de dossier	: 0004126829	
Date de naissance	: 10/06/1949	
Mutualité	: 509/49061007121 (130/130)	
Soins du	: 17/08/2022 à 00 h 42	
au	: 30/09/2022 à 24 h 00	

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

1. Frais de séjour ou de réadaptation		
Vos frais d'hospitalisation ou de réadaptation		803,07
2. Montants forfaitaires facturés (2)		57,94
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)		1.195,79
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)		
Vos frais d'honoraires		396,14
7. Frais divers		108,75
Total des frais à charge du patient		2.561,69
Facturé à votre mutuelle	95.134,22	
Vous avez déjà payé un acompte de		- 150,00

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER	BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB	2.411,69
	AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++622/2295/06881+++	



X:8788P009985-113-0000-[2/5]

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	17/08/22 00h	17/08/22 24h	1		1.661,77	44,51	
290 - Frais de séjour	18/08/22 00h	31/08/22 24h	14		23.646,56	241,36	
290 - Frais de séjour	1/09/22 00h	26/09/22 13h	26		43.915,04	448,24	
620 - Frais de séjour	26/09/22 13h	27/09/22 13h	1		348,91	17,24	
290 - Frais de séjour	27/09/22 13h	30/09/22 24h	3		5.067,12	51,72	
Prix d'hébergement	17/08/22 00h	17/08/22 24h	1		37,03		
Prix d'hébergement	18/08/22 00h	31/08/22 24h	14		518,42		
Prix d'hébergement	1/09/22 00h	26/09/22 13h	26		962,78		
Prix d'hébergement	26/09/22 13h	27/09/22 13h	1		37,03		
Prix d'hébergement	27/09/22 13h	30/09/22 24h	3		111,09		
Sous-total 1 - Frais de séjour					76.305,75	803,07	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			1.024,65		
		591080			58,78		
		591603			30,45	7,44	
Honoraires imagerie médicale		460784			65,76		
		460821			12,06	6,20	
Honoraires service de garde médical et prestations techniques		590181			28,74		
		590203			28,74		
Médicaments : Forfait par admission		700000			16,40	16,40	
Médicaments : Quote-part pers. par jour		756000			91,06		
		750002	45			27,90	
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés					1.323,84	57,94	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					1.120,15		
Médicaments non remboursables							
DURATEARS ONG OPHT 3,5 G		0037820	7			28,63	
DURATEARS ONG OPHT 3,5 G		0037820	1			4,09	
INSTILLAGEL 11 ML SERINGUE		0049742	1			1,60	
LEVOPHED AMP 4 ML		0053744	10			20,17	
LEVOPHED AMP 4 ML		0053744	2			4,03	
TERRAMYCINE ONG OPHT 3,5 GR		0132472	8			55,44	
MINIPLASCO K PHOS		0451047	4			5,32	
VITALIPID N AMP AD		0497560	15			46,70	
VITALIPID N AMP AD		0497560	3			9,34	
SOLUVIT N INJ		0497578	15			53,64	
SOLUVIT N INJ		0497578	3			10,73	
KONAKION AMP 10 MG/1 ML		0613513	11			9,69	
LYSOMUCIL AMP 3 ML 10%		0711143	54			12,15	
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML		0819094	59			22,83	
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML		0819094	2			0,77	
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML		0819094	11			4,26	

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
THEALoz DUO GEL OCUL	7799976	5			1,65	
THEALoz DUO GEL OCUL	7799976	1			0,33	
THEALoz DUO GEL OCUL	7799976	1			0,33	
THEALoz DUO GEL OCUL	7799976	1			0,33	
Sous-total 3 - Pharmacie				1.120,15	1.195,79	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				14.425,75		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément						
JENNES, SERGE	11/09/22-13/09/22	598043	3	7,08	3,78	
JENNES, SERGE	14/09/22-15/09/22	598043	2	4,72	2,52	
JENNES, SERGE	16/09/22-26/09/22	598043	11	25,96	13,86	
JENNES, SERGE	28/09/22-30/09/22	598043	3	7,08	3,78	
PRESTATIONS TECHNIQUES						
HANS, NADINE	17/08/22	145305	1	8,04	2,68	
HANS, NADINE	18/08/22	145305	1	8,04	2,68	
HANS, NADINE	20/08/22	145305	1	8,04	2,68	
HANS, NADINE	21/08/22	145305	1	8,04	2,68	
HANS, NADINE	22/08/22	145305	1	8,04	2,68	
HANS, NADINE	23/08/22	145305	1	8,04	2,68	
HANS, NADINE	24/08/22	145305	1	8,04	2,68	
HANS, NADINE	25/08/22	145305	1	8,04	2,68	
HANS, NADINE	26/08/22	145305	1	8,04	2,68	
HANS, NADINE	27/08/22	145305	1	8,04	2,68	
HANS, NADINE	29/08/22	145305	1	8,04	2,68	
HANS, NADINE	30/08/22	145305	1	8,04	2,68	
SUPPL. PREST. TECHN. URGENTE						
HANS, NADINE	20/08/22	599664	1	16,13	5,37	
HANS, NADINE	21/08/22	599664	1	16,13	5,37	
HANS, NADINE	27/08/22	599664	1	16,13	5,37	
WILLEM, CECILE	23/08/22	567206	1	20,85	6,25	
WILLEM, CECILE	25/08/22	567206	1	20,85	6,25	
WILLEM, CECILE	26/08/22	567206	1	20,85	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	19/08/22	567206	1	20,85	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	20/08/22	567206	1	20,85	6,25	
MALENGREAUx, JOHN	27/08/22	567206	1	20,85	6,25	
MALENGREAUx, JOHN	28/08/22	567206	1	20,85	6,25	
DUC, AURELIE	22/08/22	567206	1	20,85	6,25	
DUC, AURELIE	24/08/22	567206	1	20,85	6,25	
PHYSIO-KINESITHERAPIE						
GUNDUZ, BURAK	24/09/22	560501	1	17,75	6,25	
GUNDUZ, BURAK	25/09/22	560501	1	17,75	6,25	
BARBIER, VERONIQUE	10/09/22	560501	1	17,75	6,25	
BARBIER, VERONIQUE	11/09/22	560501	1	17,75	6,25	
COLLART, VALERIE	3/09/22	560501	1	17,75	6,25	
COLLART, VALERIE	4/09/22	560501	1	17,75	6,25	
WILLEM, CECILE	1/09/22	560501	1	17,75	6,25	
WILLEM, CECILE	2/09/22	560501	1	17,75	6,25	
WILLEM, CECILE	5/09/22	560501	1	17,75	6,25	
WILLEM, CECILE	8/09/22	560501	1	17,75	6,25	
WILLEM, CECILE	9/09/22	560501	1	17,75	6,25	
WILLEM, CECILE	15/09/22	560501	1	17,75	6,25	
WILLEM, CECILE	16/09/22	560501	1	17,75	6,25	
WILLEM, CECILE	23/09/22	560501	1	17,75	6,25	
WILLEM, CECILE	29/09/22	560501	1	17,75	6,25	
WILLEM, CECILE	30/09/22	560501	1	17,75	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	7/09/22	560501	1	17,75	6,25	
VERHAEGHE, SOPHIE	22/09/22	560501	1	17,75	6,25	
BERDOYES, MELVYN	17/09/22	560501	1	17,75	6,25	
BERDOYES, MELVYN	18/09/22	560501	1	17,75	6,25	
DUC, AURELIE	29/08/22	560501	1	17,75	6,25	
DUC, AURELIE	30/08/22	560501	1	17,75	6,25	
DUC, AURELIE	31/08/22	560501	1	17,75	6,25	

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
DUC, AURELIE	26/09/22	560501	1	17,75	6,25	
DUC, AURELIE	28/09/22	560501	1	17,75	6,25	
Honoraires entièrement à charge du patient						
KORNREICH, ANNE						
DOSAGE DE 25-HYDROXY VITAMINE D	27/09/22	007108	1		3,23	
BNP	27/09/22	099164	1		28,33	
JENNES, SERGE						
TUBAGE GASTRIQUE HOSP	17/08/22	010220	1		6,18	
TUBAGE GASTRIQUE HOSP	21/08/22	010220	1		6,18	
TUBAGE GASTRIQUE HOSP	9/09/22	010220	1		6,18	
TUBAGE GASTRIQUE HOSP	27/09/22	010220	1		6,18	
CATHETERISME VESICAL (SONDAGE)	17/08/22	010240	1		7,21	
CATHETERISME VESICAL (SONDAGE)	27/09/22	010240	1		7,21	
BANYIHSHAKO, LEONIDAS						
DOSAGE DE 25-HYDROXY VITAMINE D	18/08/22	007108	1		3,23	
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				15.353,36	396,14	0,00
5. Autres fournitures						
	Code	Nombre		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			128,89		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			128,89		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			128,89		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			128,89		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			128,89		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			128,89		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			128,89		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			128,89		
Sous-total 5 - Autres fournitures				1.031,12	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	
URINAL ROND HOMME+CO	960466	1			2,44	
HARNAIS PATIENT U.UN	960466	1			60,25	
THERMOMETRE DIGITAL	960466	1			6,76	
GEL DOUCHE 2 EN 1 3	960444	1			3,84	
GEL DOUCHE 2 EN 1 3	960444	1			3,84	
CHAUSSETTE ANTIDERAP	960466	1			2,18	
Sous-total 7 - Frais divers				0,00	108,75	
TOTAUX				95.134,22	2.561,69	0,00
TOTAL à payer par le patient						2.561,69
AVANCE, PAYÉE LE : 28/08/22						- 150,00
Solde à payer par le patient au compte :						2.411,69
BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB						
AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++622/2295/06881+++						

X8788P009985-113-0000-4/45

- =====
|=====|
- (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 15 jours à dater de la réclamation écrite lui donnera droit à une indemnité forfaitaire de 15% de la dite somme avec un minimum de 20 euros.

En cas de litige, seuls les tribunaux de Charleroi sont compétents.