

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 : 232364250  
Date de facture : 31/01/2023  
Date d'envoi : 9/03/2023  
Numéro d'admission : 0019081226  
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 : 31/01/2023 à 24 h 00

PENNING, PIERRE

SENTIER DE LA REMISE 23 /011  
6060 GILLY

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

1. Frais de séjour ou de réadaptation	
Vos frais d'hospitalisation ou de réadaptation	209,56
2. Montants forfaitaires facturés (2)	19,22
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)	321,62
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)	
Vos frais d'honoraires	238,30
Total des frais à charge du patient	788,70
Facturé à votre mutuelle	34.373,57

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB | 788,70 |

0 3

7 8 8 , 7 0

PENNING, PIERRE  
SENTIER DE LA REMISE 23 /011  
6060 GILLY

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 3 / 2 3 6 4 / 2 5 0 8 1 + + +

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					
490	- Frais de séjour	1/01/23 00h	24/01/23 15h	24	17.793,36	162,24			
300	- Frais de séjour	24/01/23 15h	31/01/23 24h	7	5.189,73	47,32			
	Prix d'hébergement	1/01/23 00h	24/01/23 14h	24	888,72				
	Prix d'hébergement	24/01/23 15h	31/01/23 24h	7	259,21				
=====									
Sous-total 1 - Frais de séjour					24.131,02	209,56	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			
=====									

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés			705,87	19,22	0,00
			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
3. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	Code	Nombre			
3.1. Médicaments					
Médicaments remboursables					
Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité			121,64		
Médicaments non remboursables					
ISO-BETADINE SAVON FL 500 ML 7	0050435	500		8,35	
EAU OXYGENEE CONFOSEPT 120 ML	0487710	2		8,32	
EAU OXYGENEE CONFOSEPT 120 ML	0487710	8		33,28	
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML	0819094	1		0,39	
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML	0819094	28		10,84	
MINIPLASCO KCL 20 ML 7,45 % 20	0823666	8		7,90	
ROBINUL AMP 0,2 MG /1ML	0855031	2		6,61	
BACTROBAN POMM NASALE 3 G 2 %	1036466	1		9,60	
ASPEGIC SACH 100 MG	1652049	6		0,78	
SCOPOLAMINE HBR STEROP AMP 0,2	1847987	1		0,88	
MAGNESIUM SULF SOL INJ 3 G 1	2117570	35		106,93	
DECA-DURABOLIN AMP 25 MG / 1 M	2679397	8		27,60	
D CURE AMP PER OS	2727105	7		6,14	
CHLORAPREP COLORE 2% APPLICAT.	3052743	1		4,74	
ISO-BETADINE BUCCALE FL 200 ML	3255700	200		4,50	

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

=====				
		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
=====				
ISO-BETADINE BUCCALE FL 200 ML	3255700	200		4,50
ACETYLCYSTEINE EG SACH 600 MG	3276086	2		0,32
MOVICOL UNIDOSE SACH SOL ORALE	3459740	25		13,37
MOVICOL UNIDOSE SACH SOL ORALE	3459740	7		3,74
3.2 Produits parapharmaceutiques				
BARINUTRICS MULTI 18	7799976	6		1,20
SAFORELLE PEDIATRIE	7799976	1		4,77
BARINUTRICS MULTI 18	7799976	7		1,40
BARINUTRICS MULTI 18	7799976	8		1,60
BARINUTRICS MULTI 18	7799976	8		1,60
BARINUTRICS MULTI 18	7799976	8		1,60
DERMALEX LOTION 250	7799976	1		2,15
DERMALEX LOTION 250	7799976	1		2,15
DERMALEX LOTION 250	7799976	1		2,15
BARINUTRICS MULTI 18	7799976	7		1,40
BARINUTRICS MULTI 18	7799976	2		0,40
STEROP K AMP PER OS	7799976	2		0,94
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	8		2,64
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	14		4,62
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	6		1,98
3.3. Implants, prothèses et dispositifs médicaux non implantables				
Produits remboursables				
UNE/PLUSIEURS CANULE(S) MATIERE SYNTHETI	153926	1	69,08	23,02
Notification (8): 000037693111				
Marge de délivrance (6)				
				9,21

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Sous-total 3 - Pharmacie				190,72	321,62	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				7.951,83		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément						
GLORIEUX, DENIS	7/01/23- 8/01/23	598043	2	4,96	2,66	
GLORIEUX, DENIS	24/01/23-24/01/23	598043	1	2,48	1,33	
ALMAS, IOANA	25/01/23-31/01/23	599163	7	38,71	20,79	
PHYSIO-KINESITHERAPIE						
NONCLERCQ, OLIVIER	2/01/23	558843	1	71,41	7,93	
NONCLERCQ, OLIVIER	3/01/23	558843	1	71,41	7,93	
NONCLERCQ, OLIVIER	5/01/23	558843	1	71,41	7,93	
NONCLERCQ, OLIVIER	9/01/23	558843	1	71,41	7,93	
NONCLERCQ, OLIVIER	10/01/23	558843	1	71,41	7,93	
NONCLERCQ, OLIVIER	11/01/23	558843	1	71,41	7,93	
NONCLERCQ, OLIVIER	12/01/23	558843	1	71,41	7,93	
NONCLERCQ, OLIVIER	13/01/23	558843	1	71,41	7,93	
NONCLERCQ, OLIVIER	16/01/23	558843	1	71,41	7,93	
NONCLERCQ, OLIVIER	17/01/23	558843	1	71,41	7,93	
NONCLERCQ, OLIVIER	18/01/23	558843	1	71,41	7,93	

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

				A charge	A charge	Supplément
				de la	du	(4)
				mutualité	patient (3)	
=====						
NONCLERCQ, OLIVIER	19/01/23	558843	1	71,41	7,93	
NONCLERCQ, OLIVIER	20/01/23	558843	1	71,41	7,93	
NONCLERCQ, OLIVIER	23/01/23	558843	1	71,41	7,93	
NYSTAZOS, IOANNIS	6/01/23	567206	1	22,35	6,25	
GARCIA-RUBINO, M.DOLORES	25/01/23	567206	1	22,35	6,25	
BEGET, FABIENNE	21/01/23	567206	1	22,35	6,25	
BEGET, FABIENNE	22/01/23	567206	1	22,35	6,25	
ANNICAERT, ALISSON	14/01/23	567206	1	22,35	6,25	
ANNICAERT, ALISSON	15/01/23	567206	1	22,35	6,25	
VAN NIEUWENHUYSE, ANNE-CLAIRE	26/01/23	567206	1	22,35	6,25	
MOLON, JORIS	7/01/23	564701	1	19,50	5,50	
MOLON, JORIS	8/01/23	564701	1	19,50	5,50	
MOLON, JORIS	7/01/23	567206	1	22,35	6,25	
MOLON, JORIS	8/01/23	567206	1	22,35	6,25	
PHYSIO-KINESITHERAPIE						
NYSTAZOS, IOANNIS	6/01/23	561540	1	5,67	2,00	
GARCIA-RUBINO, M.DOLORES	30/01/23	560501	1	19,35	6,25	
GARCIA-RUBINO, M.DOLORES	31/01/23	560501	1	19,35	6,25	
BEGET, FABIENNE	22/01/23	561540	1	5,67	2,00	
ALBERT, JENNIFER	28/01/23	560501	1	19,35	6,25	
ALBERT, JENNIFER	29/01/23	560501	1	19,35	6,25	
IDIR, SOPHIA	27/01/23	560501	1	19,35	6,25	
=====						
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				9.345,96	238,30	0,00

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

=====			
	A charge	A charge	Supplément
	de la	du	(4)
	mutualité	patient (3)	
=====			
TOTAUX	34.373,57	788,70	0,00
=====			
TOTAL à payer par le patient			788,70
=====			
Solde à payer par le patient au compte :	BE74 7955 6816 9607	BIC : GKCCBEBB	788,70
	AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE		+++623/2364/25081+++
=====			

\*\*\*\*\*

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

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 "Nomenclature" 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 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.

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*