

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

Patient : SIDO, NIDAL
CHASSE DES PRES 31
7390 QUAREGNON

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 : 232424199
Date de facture : 31/05/2023
Date d'envoi : 7/07/2023
Numéro d'admission : 0019629034
Numéro de dossier : 0005047565
Date de naissance : 5/01/1978
Mutualité : 134/78010566554 (111/111)
Soins du : 15/02/2023 à 15 h 20
au : 31/05/2023 à 24 h 00

SIDO, NIDAL

CHASSE DES PRES 31
7390 QUAREGNON

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.)		1.125,83
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)		
Vos frais d'honoraires		66,00
Total des frais à charge du patient		1.420,61
Facturé à votre mutuelle	65.963,92	

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB | 1.420,61 |

0 3

1 4 2 0 , 6 1

SIDO, NIDAL
CHASSE DES PRES 31
7390 QUAREGNON

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 4 2 4 / 1 9 9 8 4 + + +

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					A charge	A charge	Supplément		
ou hospitalisation partielle en psychiatrie					de la	du	(4)		
					mutualité	patient (3)			
=====									
Service	du	au	Jours						
290 - Frais de séjour	1/05/23 00h	16/05/23 24h	16		29.334,08	108,16			
290 - Frais de séjour	17/05/23 00h	31/05/23 24h	15		27.500,70	101,40			
Prix d'hébergement	1/05/23 00h	16/05/23 24h	16		592,48				
Prix d'hébergement	17/05/23 00h	31/05/23 24h	15		555,45				
=====									
Sous-total 1 - Frais de séjour					57.982,71	209,56	0,00		
=====									
2. Montants forfaitaires facturés (2)				Nombre	A charge	A charge	Supplément		
				de	de la	du	(4)		
				jours	mutualité	patient (3)			
=====									
Honoraires biologie clinique				592001	713,00				
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			713,00	19,22	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			1.447,40		
Médicaments non remboursables					
BUSCOPAN AMP 20 MG / 1 ML	0027771	19		14,82	
INSTILLAGEL 11 ML SERINGUE	0049742	1		1,60	
LEVOPHED AMP 4 ML	0053744	10		20,17	
VALIUM AMP 10 MG / 2 ML	0093807	2		1,75	
MINIPLASCO K PHOS	0451047	60		79,74	
EAU OXYGENEE CONFOSEPT 120 ML	0487710	1		4,16	
VITALIPID N AMP AD	0497560	18		56,03	
SOLUVIT N INJ	0497578	18		64,37	
KONAKION AMP 10 MG/1 ML	0613513	13		11,45	
LYSOMUCIL AMP 3 ML 10%	0711143	17		6,66	
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML	0819094	6		2,32	
MINIPLASCO EAU INJ 10 ML	0819110	2		0,75	
MINIPLASCO KCL 20 ML 7,45 % 20	0823666	12		11,86	
MINIPLASCO NACL 4 G 20 ML 20 %	0864983	13		5,03	
MINIPLASCO LINISOL 10 ML 1 %	1204270	3		4,74	

T

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
IMODIUM INSTANT COMP 2 MG	1303346	2		0,55	
ISO-BETADINE GEL 100 G	1522010	5400		381,78	
THIAMINE HCL STEROP AMP 100 MG	1848472	39		22,88	
VITAMINE B6 STEROP AMP 100 MG/	1848647	13		6,66	
MAGNESIUM SULF SOL INJ 3 G 1	2117570	60		183,30	
DECA-DURABOLIN AMP 25 MG / 1 M	2679397	1		3,45	
D CURE AMP PER OS	2727105	7		6,14	
FUCICORT LIPID CREME 30 G	3007960	90		48,09	
ADDAVEN NOVUM AMP 10 ML	3310851	18		54,86	
MOVICOL UNIDOSE SACH SOL ORALE	3459740	47		25,14	
VESIERRA AMP INJ 2 ML 25 MG /M	3964806	19		88,96	
EPHEDRINE HCL AGUETTANT SER 1	4516027	3		18,57	

Sous-total 3 - Pharmacie			1.447,40	1.125,83	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				4.861,79		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément						
PHYSIO-KINESITHERAPIE						
DANGOISSE, ELISABETH	3/05/23	560501	1	23,10	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	4/05/23	560501	1	23,10	2,50	

=====				A charge	A charge	Supplément
				de la	du	(4)
				mutualité	patient (3)	
=====						
DANGOISSE, ELISABETH	8/05/23	560501	1	23,10	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	9/05/23	560501	1	23,10	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	15/05/23	560501	1	23,10	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	16/05/23	560501	1	23,10	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	23/05/23	560501	1	23,10	2,50	
GUNDUZ, BURAK	1/05/23	560501	1	23,10	2,50	
BARBIER, VERONIQUE	13/05/23	560501	1	23,10	2,50	
BARBIER, VERONIQUE	14/05/23	560523	1	6,23	1,00	
COPET, FABIAN	6/05/23	560501	1	23,10	2,50	
COPET, FABIAN	7/05/23	560501	1	23,10	2,50	
WILLEM, CECILE	10/05/23	560501	1	23,10	2,50	
WILLEM, CECILE	12/05/23	560501	1	23,10	2,50	
WILLEM, CECILE	19/05/23	560501	1	23,10	2,50	
WILLEM, CECILE	20/05/23	560501	1	23,10	2,50	
WILLEM, CECILE	21/05/23	560501	1	23,10	2,50	
WILLEM, CECILE	24/05/23	560501	1	23,10	2,50	
WILLEM, CECILE	25/05/23	560501	1	23,10	2,50	
WILLEM, CECILE	26/05/23	560501	1	23,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	2/05/23	560501	1	23,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	5/05/23	560501	1	23,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	17/05/23	560501	1	23,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	22/05/23	560501	1	23,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	30/05/23	560501	1	23,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	31/05/23	560501	1	23,10	2,50	
MALENGREAUX, JOHN	28/05/23	560501	1	23,10	2,50	
=====						
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				5.468,62	66,00	0,00

T

=====						
			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)	
=====						
5. Autres fournitures	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)	
=====						
PEAU PAR CM2	270362		78,89			
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		136,65			
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		136,65			
Sous-total 5 - Autres fournitures			352,19	0,00	0,00	
TOTAUX			65.963,92	1.420,61	0,00	
TOTAL à payer par le patient					1.420,61	
Solde à payer par le patient au compte :					1.420,61	
BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB						
AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++623/2424/19984+++						
=====						

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 d'une indemnité forfaitaire, 14 jours après l'envoi d'une mise en demeure prenant la forme d'un premier rappel conformément à la loi du 04 mai 2023. Cette indemnité forfaitaire s'élèvera à 20 euros pour toute somme due inférieure ou égale à 150 euros, à 30 euros augmentés de 10% de la somme due sur la tranche comprise entre 150,01 et 500 euros, à 65 euros augmentés de 5% de la somme due sur la tranche supérieure à 500 euros avec un maximum de 2000 euros. A compter de la notification du montant majoré de l'indemnité forfaitaire, des intérêts calculés au taux légal autorisé par la loi du 04 mai 2023 seront également appliqués sur le montant des factures restant à payer.

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 20 euros pour toute somme due inférieure ou égale à 150 euros, de 30 euros augmentés de 10% de la somme due sur la tranche comprise entre 150,01 et 500 euros, de 65 euros augmentés de 5% de la somme due sur la tranche supérieure à 500 euros avec un maximum de 2000 euros. En cas de litige, seuls les tribunaux de Charleroi sont compétents.

***** *****

T

***** *****
