

Numéro de facture 232411143

Facture Patient

Page 0/01

1

Identification de l'hôpital
HÔPITAL CIVIL MARIE CURIE

PATIENT : ACHIRI, MARIA CELIA
CHAUSSEE DE CHATELET 112 /001
6042 LODELINSART

Chaussée de Bruxelles 140
6042 LODELINSART
Numéro I N A N.1. : 71071801000
Numéro BCE : 0216377108
Téléphone :

Numéro de facture : 232411143
Date de facture : 30/04/2023
Date d'envoi : 15/06/2023
Numéro d'admission : 0240006022
Numéro de dossier : 0001178728
Date de naissance : 9/04/2021
Mutualité : 306/21040934074 (101/101)
Soins du : 30/03/2023
au : 30/03/2023

ACHIRI, MARIA CELIA
CHAUSSE DE CHATELET 112 /001
6042 LODELINSART

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)	112,96
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)	
Vos frais d'honoraires	17,98
Total des frais à charge du patient	150,94
Facturé à votre mutuelle	157,78

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER	DE94 0964 5164 1014	BIC : GKCCBBB	1	150,94	1
-----------------------------	---------------------	---------------	---	--------	---

ACHIRI, MARIA CELIA
CHAUSSEE DE CHATELET 112 /001
6042 LODELINSART

B E 9 4 0 9 6 4 5 1 6 4 1 0 1 4
O K C C B E B B

HOPITAL CIVIL MARIE CURIE
CHAUSSEE DE BRUXELLES 140

6042 LODELINSART

* * * 4 2 3 / 2 4 1 1 / 1 4 * *

Numéro de facture : 232411143
 Date d'envoi : 15/06/2023
 Patient : ACHIRI, MARIA CELIA

DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT

NISS : 21040934874

Page gén. : 2
 Page : 2
 Référence établissement : 0240006022

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						
1.2. Frais de séjour hospitalisation de jour						
			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)		Supplément (4)
1.2.1. Soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier et/ou administration d'un médicament ou de sang/d'un produit sanguin labile par une perfusion intraveineuse						
	Date					
	20/03/23					
Prix d'hébergement	20/03/23		12,18			
Sous-total 1 - Frais de séjour			12,18	0,00		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			11,27			
Montant médicaments en partie à charge du patient						
	NACL 0,9% PR PL 250 ML	0731208	3	3,03	0,54	
	KALINOX USAGE PROLONGE	7700339	1	29,76	5,25	
3.2 Produits parapharmaceutiques						
	COUVERTURE BRULES	7799976	1		105,71	
	SET DE PANSEMENT	7799976	1		0,46	
	BANDE VELPEAU	7799976	1		1,00	
Sous-total 3 - Pharmacie			44,06	112,96		0,00

DUPLICATA

Numéro de facture : 232411143
 Date d'envoi : 15/06/2023
 Patient : ACHIRI, MARIA CELIA

Page gén. : 3
 Page : 3
 Référence établissement : 0240006022

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
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				66,99		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément						
MEDECINE D'URGENCE GUERISSE Fabien				34,55	12,98	
Date: 20/03/23 Code: 590553 Nbre: 1						
Honoraires entièrement à charge du patient						
GUERISSE Fabien FORFAIT UTILISATION MEOPA					25,00	
Date: 20/03/23 Code: 901180 Nbre: 1						
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				101,54	37,98	0,00
TOTAUX				157,78	150,94	0,00
TOTAL à payer par le patient						150,94

BE94 0964 5164 1014 BIC : GKCCBEBB
 AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++423/2411/14355+++

DUPLICATA

.....

.....

.....

