



GRAND HÔPITAL
de CHARLEROI



www.ghdc.be

Scan ok 23/5/23

N° de dossier 5049441
N° d'admission 0019737804
N° de la facture 232400874
Période de la facture 31/03/2023

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
lundi-mardi : 8h30 – 12h
mercredi-jeudi : 12h30 – 16h

09000110301614



Ca Vn LB

Exp.: GHdC, av. du Centenaire 73, 6061 Montignies sur Sambre

ACHIRI, MARIA
CHAUSSEE DE CHATELET 112 /001
6042 LODELINSART

Hosp.

Charleroi, le 05/05/2023

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint votre facture détaillée au nom de ACHIRI, MARIA concernant des soins du 23/03/2023 au 23/03/2023. 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: 7,99 €
Sur le compte: BE74795568169607
Avec la communication: +++623/2400/87439+++
Echéance: 20/05/2023



Passez au
numérique
avec
doccle

n° de patient:
5049441
Code Doccle:
9591
www.doccle.be

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

OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT
ORDRE DE VIREMENT
ÜBERWEISUNGSAUFTRAG

| Gewenste uitvoeringstermijn in de toekomst / Date d'exécution souhaitée dans le futur / Gewünschtes Ausführungsdatum in der Zukunft | | Bedrag / Montant / Betrag | EUR | CENT |
|---|--|---|-----|------|
| | | | 7 | 99 |
| Rekening opdrachtgever (IBAN) Compte donneur d'ordre (IBAN) Konto des Auftraggebers (IBAN) | | | | |
| Naam en adres opdrachtgever Nom et adresse donneur d'ordre Name und Adresse des Auftraggebers | | ACHIRI, MARIA CHAUSSEE DE CHATELET 112 /001 BE-6042 LODELINSART | | |
| Rekening begunstigde (IBAN) Compte bénéficiaire (IBAN) Konto des Begünstigten (IBAN) | | B E 7 4 7 9 5 5 6 8 1 6 9 6 0 7 | | |
| BIC begunstigde BIC bénéficiaire BIC Begünstigten | | G K C C B E B B | | |
| Naam en adres begunstigde Nom et adresse bénéficiaire Name und Adresse des Begünstigten | | Grand Hôpital de Charleroi S Joseph, S Thérèse, IMTR, ND, RF Avenue du Centenaire 73 6061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE | | |
| Mededeling Communication Mitteilung | | + + + 6 2 3 / 2 4 0 0 / 8 7 4 3 9 + + + | | |

Numéro de facture : 232400874
Date d'envoi : 5/05/2023
Patient : ACHIRI, MARIA

DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT

NISS : 21040934874

Page gén. : 33770
Page : 2
Référence établissement : 0019737804

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.

| 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 | | | 9,84 | | | |
| Montant médicaments en partie à charge du patient | | | | | | |
| FLAMMAZINE CREME POT 500 G 1 % | 0707216 | 100 | 17,02 | 3,00 | | |
| Médicaments non remboursables | | | | | | |
| INTRASITE GEL 25 G | 7102155 | 1 | | 4,99 | | |
| Sous-total 3 - Pharmacie | | | 26,86 | 7,99 | 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 | | | | 52,93 | | |
| Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins | | | 52,93 | 0,00 | 0,00 | |
| TOTAUX | | | 79,79 | 7,99 | 0,00 | |
| TOTAL à payer par le patient | | | | | 7,99 | |
| Solde à payer par le patient au compte : | | | | | 7,99 | |
| BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++623/2400/87439+++ | | | | | | |