



**GRAND HÔPITAL
de CHARLEROI**



N° de dossier: 5049441
N° d'admission: 0019728994
N° de la facture: 232400871
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

Ca-W1-L9
Ez: GHdC, av. du Centenaire 73, 6061 Montignies-sur-Sambre
ACHIRI, MARIA
CHAUSSÉE DE CHATELET 112 /001
6042 LODELINSART

Charleroi, le 05/05/2023

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint votre facture détaillée au nom de ACHIRI, MARIA concernant des soins du 21/03/2023 au 21/03/2023. 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

Hosp

Montant total à payer: 3,54 €
Sur le compte: BE74795568169607
Avec la communication: +++623/2400/87136+++
Echéance: 20/05/2023



Passer au numérique avec doccle
n° de patient: 5049441
Code Doccle: 9591
www.doccle.be

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

**OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT
ORDRE DE VIREMENT
ÜBERWEISUNGS-AUFTRAG**

Gevoegde uitvoerdatum in de toekomst / Date d'exécution souhaitée dans le futur / Gewünschtes Ausführungsdatum in der Zukunft

Bedrag / Montant / Betrag: EUR 3,54

Rekeningnummer (IBAN) / Compte (numéro de compte) (IBAN) / Konto des Auftraggebers (IBAN): BE74795568169607

Naam en adres opdrachtgever / Nom et adresse destinataire / Name und Adresse des Auftraggebers: **ACHIRI, MARIA**
CHAUSSÉE DE CHATELET 112 /001
BE-6042 LODELINSART

Rekeningnummer (IBAN) / Compte bénéficiaire (IBAN) / Konto des Begünstigten (IBAN): BE74795568169607

BIC begünst. / BIC bénéficiaire / BIC Begünstigter: GKCCBEBB

Naam en adres bank / Nom et adresse bancaire / Name und Adresse des Empfängers: **Grand Hôpital de Charleroi S Joseph, S Thérèse, IMTR, ND, RF**
Avenue du Centenaire 73
6061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE

Meddeling / Communication / Mitteilung: +++623/2400/87136+++

Numéro de facture : 232400871
 Date d'envoi : 5/05/2023
 Patient : ACHIRI, MARIA

DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT

NISS : 21040934874

Page gén. : 32731
 Page : 2
 Référence établissement : 0019728994

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 | | | 19,68 | | | |
| Montant médicaments en partie à charge du patient | | | | | | |
| CHLORURE SOD 0,9 % PERF 100 ML | 0740936 | 1 | 1,35 | 0,24 | | |
| Médicaments non remboursables | | | | | | |
| FENISTIL GTIE-20 ML 1 MG / ML | 2565950 | 20 | - | -3,30 | - | |
| Sous-total 3 - Pharmacie | | | 21,03 | 3,54 | 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 | | | 73,96 | 3,54 | 0,00 | |
| TOTAL à payer par le patient | | | | | 3,54 | |
| Solde à payer par le patient au compte : | | | | | 3,54 | |
| BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++623/2400/87136+++ | | | | | | |