

Identification de l'hôpital
Centre de santé des fagnes

Patient : DEMOUSTIER, LEONA
CITÉ PIERRE BROUCKE 20
6590 MOMIGNIES

Boulevard Louise 18
6460 CHIMAY
Numéro I.N.A.M.I. : 71024982000
Numéro BCE : 0201704471
Téléphone : 060/218,811

Numéro de facture : 232450752
Date de facture : 31/07/2023
Date d'envoi : 12/09/2023
Numéro d'admission : 1700347166
Numéro de dossier : 0000757099
Date de naissance : 9/06/2008
Mutualité : 134/08060906204 (101/101)
Soins du : 13/07/2023 à 13 h 16
au : 13/07/2023 à 14 h 10

DEMOUSTIER, LEONA
CITÉ PIERRE BROUCKE 20
6590 MOMIGNIES

1 - prise en charge urgence

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)	0,83
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)	12,98
Vos frais d'honoraires	13,81
Total des frais à charge du patient	13,81
Facturé à votre mutuelle	113,75
VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER	13,81

BE79 0963 5176 2033 BIC : GKCCBEBB

*payé le 29/09/23
extrait joint*

Signature(s)

ORDRE DE VIREMENT



03

Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case

Date d'exécution souhaitée dans le futur	Montant	EUR	CENT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	13	81
Compte donneur d'ordre (IBAN)	<input type="text"/>		
Nom et adresse donneur d'ordre	DEMOUSTIER, LEONA CITE PIERRE BROUCKE 20 6590 MOMIGNIES		
Compte bénéficiaire (IBAN)	BE79 0963 5176 2033		
BIC bénéficiaire	GKCCBEBB		
Nom et adresse bénéficiaire	CENTRE DE SANTE DES FAGNES BOULEVARD LOUISE 18 6460 CHIMAY		
Communication	<input type="text"/>		

Numéro de facture : 232450752
 Date d'envoi : 12/09/2023
 Patient : DEMOUSTIER, LEONA

DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT

NISS : 0806090204

Page gén. : 2227
 Page : 2
 Référence établissement : 1700347166

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			
13/07/23			
Prix d'hébergement	14,47		
Sous-total 1 - Frais de séjour	14,47	0,00	0,00

2. Montants forfaitaires facturés (2)	Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires service de garde médical et prestations techniques	590472	62,87		
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés		62,87	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 en partie à charge du patient					
LITICAN 50MG/2ML AMP	0726885	1	0,42	0,07	
NACL 0,9% 500 ML VIAFLO	0740951	1	1,58	0,28	
TRADONAL 100MG/2ML AMP	0748426	1	0,26	0,06	
NACL 0,9% 50 ML BRAUN ECOFLA	0762252	1	0,87	0,15	
PARACETAMOL BRAUN FL INJ 1G/10	7702111	1	1,28	0,27	

Signature(s)

ORDRE DE VIREMENT



Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case

Date d'exécution souhaitée dans le futur

Montant EUR CENT

Compte donneur d'ordre (IBAN)

Nom et adresse donneur d'ordre

Compte bénéficiaire (IBAN)

BIC bénéficiaire

Nom et adresse bénéficiaire

SDOP-4413-120351

805-1

Compte

MME MORGANE SAFAK
Compte à vue
BE85 3770 6192 1706



Détails de la transaction

vendredi 29 septembre 2023	Description Mémo-virement en euros (SEPA): ING app Vers: centre de sante des fagnes - BE79096351762033 Communication: ***023/2450/75249*** Date valeur : 29/09/2023 Numéro d'opération : 1305	-13,81 €
-------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Ce document a été généré le 29/09/2023. La transaction a été débitée pour exécution. Ces détails de transaction ne constituent pas une preuve que les fonds ont été crédités au bénéficiaire.

Demaster Leona