



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

DEBRUYNE, JULIEN
RUE DE LA GRENOUILLETTE 30 /B019
1130 HAREN

Charleroi, le 05/10/2023

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint votre facture détaillée au nom de DEBRUYNE, JULIEN concernant des soins du 09/07/2023 au 18/08/2023. 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: 3.315,60 €
Sur le compte: BE74795568169607
Avec la communication: +++623/2489/11409+++
Echéance: 20/10/2023



Passez au numérique avec doccie

n° de patient: 4593652
Code Doccie: 5398
www.doccie.be

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

OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT
ORDRE DE VIREMENT
ÜBERWEISUNGSAUFTRAG

By invulling met de hand, een HOOFDLETTER of cijfer in zwart (of blauw) per vakje
Si complète à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case
Beim Ausfüllen mit der Hand ein GROSSBUCHSTABE oder Zahl in schwarz (oder blau) pro Feld

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

Bedrag / Montant / Betrag EUR CENT
3 3 1 5 , 6 0

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
DEBRUYNE, JULIEN
RUE DE LA GRENOUILLETTE 30 /B019
BE-1130 HAREN

Rekening begunstigde (IBAN)
Compte bénéficiaire (IBAN)
Konto des Begünstigten (IBAN)

BIC begunstigde
BIC bénéficiaire
BIC Begünstigten

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 8 9 / 1 1 4 0 9 + + +

F0765F006121-110-0000-1/15

### Conditions générales factures GHdC

Les factures du Grand Hôpital de Charleroi sont établies et présentées conformément à la réglementation de l'INAMI.

L'échéance de paiement de toute facture est de 15 jours après sa réception, le cachet de la poste faisant foi. 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. En l'absence de paiement du montant majoré dans les 8 jours de sa notification, le dossier sera alors transmis à une société spécialisée dans le recouvrement et les frais risquent d'être plus élevés en cas de procédure judiciaire.

En cas d'activation de la procédure de recouvrement, les données à caractère personnel du patient concerné qui sont nécessaires aux fins de la récupération des créances seront communiquées à une société de recouvrement et conservées par celle-ci pour la durée nécessaire à la récupération des montants dus. Ces mêmes données à caractère personnel pourront également, dans cette même finalité de récupération des créances, être communiquées à l'ensemble des sous-traitants de cette société (agents de recouvrement, avocats, huissiers,...). La communication des données à caractère personnel se fait de façon adéquate et responsable, dans le respect du RGPD.

Les réclamations portant sur le contenu de la facture doivent être formulées par écrit et adressées au Service Financier Patients accompagnées des pièces justificatives de la contestation. Le renvoi de la facture seule ne constitue pas une contestation. L'absence de contestation implique l'acceptation de la facture ainsi que des conditions générales de paiement qu'elle mentionne. 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.

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

Patient : DEBRUYNE, JULIEN  
RUE DE LA GRENOUILLETTE 30 /B019  
1130 HAREN

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 : 232489114  
Date de facture : 31/08/2023  
Date d'envoi : 5/10/2023  
Numéro d'admission : 0020058548  
Numéro de dossier : 0004593652  
Date de naissance : 10/02/1969  
Mutualité : 319/69021023951 (121/121)  
Soins du : 9/07/2023 à 21 h 29  
au : 18/08/2023 à 14 h 05

DEBRUYNE, JULIEN  
RUE DE LA GRENOUILLETTE 30 /B019  
1130 HAREN

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

1. Frais de séjour ou de réadaptation	
Vos frais d'hospitalisation ou de réadaptation	270,40
2. Montants forfaitaires facturés (2)	26,78
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)	2.771,20
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)	
Vos frais d'honoraires	124,78
7. Frais divers	122,44
Total des frais à charge du patient	3.315,60
Facturé à votre mutuelle	95.554,27

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER

BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB 3.315,60  
AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++623/2489/11409+++

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					A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)	
1.1. Frais de séjour hospitalisation ou hôpital de jour ou hospitalisation partielle en psychiatrie								
Service	du	au	Jours					
290 - Frais de séjour	10/07/23 00h	10/07/23 24h	1		1.781,84	6,76		
290 - Frais de séjour	11/07/23 00h	31/07/23 24h	21		37.418,64	141,96		
290 - Frais de séjour	1/08/23 00h	18/08/23 14h	18		32.073,12	121,68		
Prix d'hébergement	10/07/23 00h	10/07/23 24h	1		37,89			
Prix d'hébergement	11/07/23 00h	31/07/23 24h	21		795,69			
Prix d'hébergement	1/08/23 00h	18/08/23 14h	18		682,02			
<b>Sous-total 1 - Frais de séjour</b>					<b>72.789,20</b>	<b>270,40</b>	<b>0,00</b>	
2. Montants forfaitaires facturés (2)				Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)	
Honoraires biologie clinique					989,20			
					61,40			
					39,58			
Honoraires imagerie médicale					70,96			
					17,19	1,98		
Honoraires service de garde médical et prestations techniques					30,18			
					30,18			
Médicaments : Forfait par admission					88,25			
Médicaments : Quote-part pers. par jour				40		24,80		
<b>Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés</b>					<b>1.326,94</b>	<b>26,78</b>	<b>0,00</b>	
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						1.720,63		
Médicaments non remboursables								
DURATEARS ONG OPHT 3,5 G				0037820	1		4,30	
INSTILLAGEL 11 ML SERINGUE				0049742	4		6,42	
LEVOPHED AMP 4 ML {MHR}				0053744	94		189,60	
VALIUM AMP 10 MG / 2 ML {MHR}				0093807	1		0,87	
TEMESTA EXPIDET COMP 2,5 MG				0106914	2		0,83	
TERRAMYCINE ONG OPHT 3,5 GR				0132472	1		6,93	
MINIPLASCO K PHOS				0451047	52		69,11	
VITALIPID N AMP AD				0497560	32		99,62	
SOLUVIT N INJ				0497578	32		114,43	
KONAKION AMP 10 MG/1 ML				0613513	5		4,41	
LYSOMUCIL AMP 3 ML 10%				0711143	74		28,97	
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML				0819094	59		22,83	
MINIPLASCO EAU INJ 10 ML				0819110	2		0,75	
MINIPLASCO KCL 20 ML 7,45 % 20				0823666	23		22,72	
HACDIL - S MINIPLASCO 50 ML UD				1160621	2		2,77	
MINIPLASCO LINISOL 10 ML 1 %				1204270	1		1,58	
MINIPLASCO LINISOL 10 ML 2 %				1205749	110		180,29	
IMODIUM INSTANT COMP 2 MG				1303346	1		0,28	
INOTYOL POMMADE 90 GR				1437961	90		8,00	
ISO-BETADINE GEL 100 G				1522010	9000		636,30	
SEROQUEL COMP 25 MG UD				1540632	98		75,63	
ISO-BETADINE SOL HYDROALC FL 1				1690809	250		10,43	
THIAMINE HCL STEROP AMP 100 MG				1848472	15		8,80	
VITAMINE B6 STEROP AMP 100 MG/				1848647	5		2,56	
MAGNESIUM SULF SOL INJ 3 G 1				2117570	26		79,43	
MINIPLASCO CALCIUM GLUCONATE				2448066	1		1,28	
D CURE AMP PER OS				2727105	11		9,64	

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
ARTISS SOL POUR COLLE TISSULAI	2951762	2		441,16	
FUCICORT LIPID CREME 30 G	3007960	90		48,09	
SELENIUM FL SOL PERF 10 ML 10	3120201	20		183,82	
NOVALGINE AMP 1 G /2 ML	3230596	1		0,76	
ISO-BETADINE BUCCALE FL 200 ML	3255700	200		4,68	
ADDAVEN NOVUM AMP 10 ML	3310851	32		97,54	
PHENYLEPHRINE AGUETT SER 10 ML	3412152	1		9,72	
MOVICOL UNIDOSE SACH SOL ORALE	3459740	36		19,25	
TRIAXIS SER PREREMPLIE 2 AIGUI	3707767	1		28,70	
VESIERRA AMP INJ 2 ML 25 MG /M	3964806	41		191,96	
TETAGAM P 250 Unités / ML REF	7799984	1		29,29	
<b>3.2 Produits parapharmaceutiques</b>					
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	3		27,99	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	3		27,99	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	3		27,99	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	3		27,99	
URIAGE XEMOSE CREME	7799976	1		13,23	
LEMON GLYCERIN SWAB	7799976	1		0,31	
ELECTRODE ECG	7799976	5		1,95	
<b>Sous-total 3 - Pharmacie</b>			<b>1.720,63</b>	<b>2.771,20</b>	<b>0,00</b>

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)
----------------------------------------------------------------------------	------	----------	------	--------------------------	-------------------------	----------------

<b>Honoraires remboursables</b>						
Honoraires entièrement à charge de la mutualité				13.219,42		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément						
DANGOISSE, ELISABETH	11/07/23	567206	1	26,10	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	12/07/23	567206	1	26,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	10/07/23	567206	1	26,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	13/07/23	567206	1	26,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	14/07/23	567206	1	26,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	17/07/23	567206	1	26,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	18/07/23	567206	1	26,10	2,50	
MALENGREAU, JOHN	15/07/23	567206	1	26,10	2,50	
MALENGREAU, JOHN	16/07/23	567206	1	26,10	2,50	
<b>PHYSIO-KINESITHERAPIE</b>						
MICHIELS, ALEXIS	21/07/23	560501	1	23,10	2,50	
COLLART, VALERIE	5/08/23	560501	1	23,10	2,50	
COLLART, VALERIE	6/08/23	560501	1	23,10	2,50	
WILLEM, CECILE	1/08/23	560501	1	23,10	2,50	
WILLEM, CECILE	2/08/23	560501	1	23,10	2,50	
WILLEM, CECILE	4/08/23	560501	1	23,10	2,50	
WILLEM, CECILE	11/08/23	560501	1	23,10	2,50	
WILLEM, CECILE	14/08/23	560501	1	23,10	2,50	
WILLEM, CECILE	15/08/23	560501	1	23,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	19/07/23	560501	1	23,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	22/07/23	560501	1	23,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	23/07/23	560501	1	23,10	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	28/07/23	560501	1	23,10	2,50	
DE CRITS, YANNIC	12/08/23	560501	1	23,10	2,50	
DE CRITS, YANNIC	13/08/23	560501	1	23,10	2,50	
SCOLAS, GAETAN	30/07/23	560501	1	23,10	2,50	
DUC, AURELIE	20/07/23	560501	1	23,10	2,50	
DUC, AURELIE	24/07/23	560501	1	23,10	2,50	
DUC, AURELIE	25/07/23	560501	1	23,10	2,50	
DUC, AURELIE	26/07/23	560501	1	23,10	2,50	
DUC, AURELIE	27/07/23	560501	1	23,10	2,50	
DUC, AURELIE	31/07/23	560501	1	23,10	2,50	
DUC, AURELIE	3/08/23	560501	1	23,10	2,50	
DUC, AURELIE	7/08/23	560501	1	23,10	2,50	
DUC, AURELIE	8/08/23	560501	1	23,10	2,50	
DUC, AURELIE	9/08/23	560501	1	23,10	2,50	
DUC, AURELIE	10/08/23	560501	1	23,10	2,50	
DUC, AURELIE	16/08/23	560501	1	23,10	2,50	
DUC, AURELIE	17/08/23	560501	1	23,10	2,50	
<b>Honoraires entièrement à charge du patient</b>						
JENNES, SERGE						
TUBAGE GASTRIQUE HOSP	9/07/23	010220	1		6,62	

F0765P006121-10-0000-13/05

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
CATHETERISME VESICAL (SONDAGE)	9/07/23	010240	1		7,72	
CATHETERISME VESICAL (SONDAGE)	8/08/23	010240	1		7,72	
CATHETERISME VESICAL (SONDAGE)	12/08/23	010240	1		7,72	
<b>Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins</b>				<b>14.124,22</b>	<b>124,78</b>	<b>0,00</b>
5. Autres fournitures	Code	Nombre		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
PEAU CONSERVEE DANS L'AZOTE LIQUIDE OU DANS L	271526			3.767,40		
PLATRE - MEMBRES SUPERIEURS : MAIN	690281			2,11		
PLATRE - MEMBRES SUPERIEURS : MAIN	690281			2,11		
PLASMA FRAIS CONGELE VIRO-INACTIVE	752441			106,17		
PLASMA FRAIS CONGELE VIRO-INACTIVE	752441			106,17		
PLASMA FRAIS CONGELE VIRO-INACTIVE	752441			106,17		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			136,65		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			136,65		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			136,65		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			136,65		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			136,65		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			136,65		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			136,65		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			136,65		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			136,65		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			136,65		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			136,65		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463			136,65		
<b>Sous-total 5 - Autres fournitures</b>				<b>5.593,28</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
7. Frais divers	Code	Nombre		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
ATTACHE POIGNET	960466	2			50,84	
URINAL ROND HOMME+CO	960466	1			2,25	
HARNAIS PATIENT U.UN	960466	1			59,22	
THERMOMETRE DIGITAL	960466	1			6,26	
GEL DOUCHE 2 EN 1 3	960444	1			2,32	
CHAUSSETTE ANTIDERAP	960466	1			1,55	
<b>Sous-total 7 - Frais divers</b>				<b>0,00</b>	<b>122,44</b>	
<b>TOTAUX</b>				<b>95.554,27</b>	<b>3.315,60</b>	<b>0,00</b>
<b>TOTAL à payer par le patient</b>						<b>3.315,60</b>
<b>Solde à payer par le patient au compte :</b>						<b>3.315,60</b>
BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBE88						
AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++623/2489/11409+++						

- =====
- (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).

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.



