

À votre écoute au 0800/231.00

E-mail : assurances@solidaris.be

Courrier : Rue Saint-Jean 32-38  
1000 Bruxelles



JJBEA120090000645874012 293 Cb-W1-L8

**Madame BRION Katty**  
Rue du Pasteur Charensol, 43

B-7340 COLFONTAINE

Bruxelles, le 07 juin 2024

Chère Madame BRION,


**Concerne : N° contrat LCH :** 2253715  
**N° sinistre :** 23/0226405 007  
**Preneur d'assurance :** BRION Katty  
**Hospitalisation :** du 28/09/2023 au 14/12/2023  
**Période d'indemnisation :** du 28/09/2023 au 13/03/2024

Nous vous informons que nous effectuons un versement d'un montant total de 12,60 Eur sur le compte bancaire n° BE36 0013 7756 3381.

Vous trouverez en annexe le(s) relevé(s) détaillé(s) relatif(s) à l'intervention de notre assurance "Le Complément Hospi".

Nous restons à votre entière disposition à notre numéro gratuit 0800/23.100 pour tout complément d'information.

Nous vous prions de croire, Chère Madame BRION, en l'expression de notre dévouement.



Christophe PIERARD  
Directeur Opérationnel

## Détail de l'intervention LCH

Police : 2253715

Patient : BRION Katty

N° dossier : 23/0226405 007    Souscripteur : BRION Katty

Hospitalisation du 28/09/2023 au 14/12/2023

Période d'indemnisation du 28/09/2023 au 13/03/2024

Prestation(s)	Intervention Mutualité	Intervention du Patient	Frais non couverts par LCH	Intervention LCH
101 PHYSIOTHERAPIE du 06/03/2024 au 06/03/2024	79,94	4,20	0,00	4,20
102 PHYSIOTHERAPIE du 13/03/2024 au 13/03/2024	79,94	4,20	0,00	4,20
103 PHYSIOTHERAPIE du 11/03/2024 au 11/03/2024	79,94	4,20	0,00	4,20
104 PHYSIOTHERAPIE du 15/03/2024 au 15/03/2024	79,94	4,20	4,20	0,00
105 PHYSIOTHERAPIE du 18/03/2024 au 18/03/2024	79,94	4,20	4,20	0,00
106 PHYSIOTHERAPIE du 20/03/2024 au 20/03/2024	79,94	4,20	4,20	0,00
107 PHYSIOTHERAPIE du 22/03/2024 au 22/03/2024	79,94	4,20	4,20	0,00
108 PHYSIOTHERAPIE du 25/03/2024 au 25/03/2024	79,94	4,20	4,20	0,00
109 PHYSIOTHERAPIE du 27/03/2024 au 27/03/2024	79,94	4,20	4,20	0,00
110 PHYSIOTHERAPIE du 29/03/2024 au 29/03/2024	79,94	4,20	4,20	0,00
<b>Total :</b>	<b>799,40</b>	<b>42,00</b>	<b>29,40</b>	<b>12,60</b>
<b>A rembourser par LCH :</b>				<b>12,60</b>

Ce montant vous sera payé dans les prochains jours sur le compte BE36 0013 7756 3381



### Détail des frais non couverts par LCH

Police : 2253715

Patient : BRION Katty

N° dossier : 23/0226405 007    Souscripteur : BRION Katty

Hospitalisation du 28/09/2023 au 14/12/2023

Période d'indemnisation du 28/09/2023 au 13/03/2024

Prestation(s)	Montant(s) des frais non couverts	Raison de la non-prise en charge
104 PHYSIOTHERAPIE	4,20	1 Frais après délai 90 jours
105 PHYSIOTHERAPIE	4,20	1 Frais après délai 90 jours
106 PHYSIOTHERAPIE	4,20	1 Frais après délai 90 jours
107 PHYSIOTHERAPIE	4,20	1 Frais après délai 90 jours
108 PHYSIOTHERAPIE	4,20	1 Frais après délai 90 jours
109 PHYSIOTHERAPIE	4,20	1 Frais après délai 90 jours
110 PHYSIOTHERAPIE	4,20	1 Frais après délai 90 jours
<b>Total :</b>	<b>29,40</b>	

# HELORA

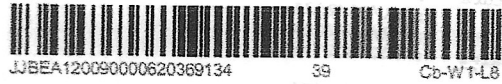
CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

Boulevard Kennedy, 2  
B-7000 MONS  
INAMI : 7.10.254.77.00  
Tél. rens. Facture : 065/41.80.60  
e-Mail : contentieux@helora.be

39 - 1/2 - 0

Facturation arrêtée au 31/03/2024

Frais de polyclinique



BRION, KATTY MARIE

Rue du Pasteur Charensoi 43  
7340 COLFONTAINE

Identification du patient

@(264)-14057

BRION, KATTY MARIE

N° de dossier 0003202763

Mutualité 319 111/111

Matricule 70020125634

Soins du 01/03/2024 au 31/03/2024

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de trouver la facture relative aux soins reçus dans notre polyclinique ou dans notre service des urgences. Le montant total à votre charge est repris dans la case 'A PAYER'.

Nous vous invitons à en effectuer le paiement uniquement au moyen du bulletin de virement annexé, endéans la quinzaine. Si une attestation globale de soins est annexée à la présente, veuillez la remettre à votre mutualité, qui procédera à un remboursement.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

La Directrice Administrative

en EURO

A PAYER

42,00

### Conditions de paiement de nos créances.

Toute facture non réglée dans les 15 jours de l'expédition et après envoi du 1er rappel sans frais selon les conditions et délais visés à l'article XIX.2 du Code de droit économique portera de plein droit et sans mise en demeure

1) un intérêt au taux de 8 % l'an

2) une indemnité forfaitaire calculée de la manière suivante sur le montant restant dû :

Inférieur ou égal à 150 € : 20 €

Compris entre 150,01 € et 500 € : 30 € augmentés de 10% du montant dû sur cette tranche

Supérieur à 500 € : 65 € augmentés de 5% du montant dû sur cette tranche avec un maximum de 2.000 €.

Des intérêts et une indemnité forfaitaire identiques seront dus au patient en cas d'inexécution de ses obligations par l'institution. Ceux-ci seront calculés sur le préjudice réellement subi et démontré par le patient.

Compétence judiciaire : Seuls les tribunaux de MONS sont compétents en la matière.

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 mois

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Montant

EUR

42,00

Compte destinataire (IBAN)

Nom et adresse destinataire

Compte bénéficiaire (IBAN)

B E 7 1 0 9 7 0 1 0 2 4 0 4 6 9

BIC bénéficiaire

G K C C B E B B

Nom et adresse bénéficiaire

HELORA Site Kennedy  
Bd Kennedy 2  
7000 MONS

Communication

+ + + 0 2 4 / 4 3 7 7 / 1 2 1 7 4 + + +

Identification de l'hôpital  
HELOÏSA Siza Kennedy

B-7340 COLFONTAINE

Reçu 12,606 Nolisol  
≠ payé par katty 29,40€

6

Bd Kennedy 2

7000 MONS

Numéro I.N.A.M.I. : 7/10254/77/000

Numéro BCE : 0801643533

Téléphone :

BRION, KATTY MARIE

Numéro de facture : 244377121

Date de facture : 31/03/2024

Date d'envoi : 2/05/2024

Numéro de dossier : 0003202763

Rue du Pasteur Charensol 43

B-7340 COLFONTAINE

Date de naissance : 1/02/1970

Mutualité : 319/70020125634 (111/111)

Soins du : 6/03/2024

au : 29/03/2024

Communication:

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 : adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Stat. Disp. (1)	Admission	Date	Code (4)	Nbre	A charge de la mutuelité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
Honoraires remboursables								
Honoraires partiellement à charge de la mutuelité								
ART 22 : PHYSIOTHERAPIE								
Demandé par : DE BONT, NOEMIE								
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	6/03/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	11/03/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	13/03/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	15/03/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	18/03/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	20/03/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	22/03/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	25/03/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	27/03/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	29/03/24	558832	1	79,94	4,20	
<b>Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins</b>						<b>799,40</b>	<b>42,00</b>	<b>0,00</b>
<b>TOTAUX</b>								<b>42,00</b>
TOTAL à payer par le patient								<b>42,00</b>
Solde à payer par le patient au compte :						BE71 0970 1024 0469 BIC : GKCCBEBB AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++024/4377/12174+++		

payé le 12/06/24

- (1) Conventienné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention. Partiellement conventienné (PC) : le dispensateur est certains jours lié aux tarifs fixés dans la convention. Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet. Non conventienné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention.
- (2) 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)
- (3) Supplément : est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Ces montants peuvent être facturés par des médecins non-conventiennés ou partiellement conventiennés et sont entièrement à charge du patient.
- (4) 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>.