

Identification de l'hôpital
HELORA Site Kennedy

Patient : BRION, KATTY MARIE
Rue du Pasteur Charensol 43
B-7340 COLFONTAINE

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 : 244417684
Date de facture : 30/04/2024
Date d'envoi : 30/05/2024
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 : 3/04/2024
au : 26/04/2024

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.	Admission	Date	Code	Nbre	A charge de la mutuelité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
	(1)			(4)				(3)
Honoraires remboursables								
Honoraires partiellement à charge de la mutuelité								
CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS								
DE BONT, NOEMIE	C *	0010700407	24/04/24	105431	1	32,08	3,00	
ART 22 : PHYSIOTHERAPIE								
Demandé par : DE BONT, NOEMIE								
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	3/04/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	5/04/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	8/04/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	10/04/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	12/04/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	15/04/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	17/04/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	22/04/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	25/04/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010471056	26/04/24	558832	1	79,94	4,20	
Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins						831,48	45,00	0,00
TOTAUX						831,48	45,00	0,00

TOTAL à payer par le patient 45,00
Vous avez déjà payé un acompte de 3,00
Solde à payer par le patient au compte : BE71 0970 1024 0469 BIC : GKCCBEBB 42,00
AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++024/4417/68491+++

- (1) Conventiionné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention.
Partiellement conventiionné (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 conventiionné (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-conventiionnés ou partiellement conventiionnés 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 "Nomssoft" disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>.

16 Av
paye la
solidité de
22/07/24

Remis, sans sous B ussu le 11/06/24
paye à ma charge la
solidité
con de loi
présent

(No)

FACTURE N° 244417684 du 30/05/2024
Facturation arrêtée au 30/04/2024



HELORA

CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

Frais de polyclinique

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

JJBEA120090000637808264 434 Cb-W 1-L8

BRION, KATTY MARIE

Rue du Pasteur Charensol 43
7340 COLFONTAINE

Identification du patient		(266)-13968
BRION, KATTY MARIE		
N° de dossier	0003202763	
Mutualité	319	111/111
Matricule	70020125634	

Soins du 01/04/2024 au 30/04/2024

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.