

# 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

FACTURE N° 244607053 du 30/10/2024  
Facturation arrêtée au 30/09/2024



## Frais de polyclinique



JJBEA12009000705719393 134 Cb-W1-L8

BRION, KATTY MARIE

Rue du Pasteur Charensol 43  
7340 COLFONTAINE

Identification du patient @ (291) -13659

BRION, KATTY MARIE

N° de dossier 0003202763

Mutualité 319 111/111

Matricule 70020125634

Soins du 01/09/2024 au 30/09/2024

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**

28,20

### 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.



Identification de l'hôpital  
HELORA Site Kennedy

Patient : BRION, KATY 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, KATY MARIE

Numéro de facture : 244607053  
Date de facture : 30/09/2024  
Date d'envoi : 30/10/2024  
Numéro de dossier : 0003202763

Rue du Pasteur Charensol 43  
B-7340 COLFONTAINE

Date de naissance : 01/02/1970  
Mutualité : 319/70020125634 (111/111)  
Soins du : 03/09/2024  
au : 30/09/2024

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)	Nb de mut	A charge de la	A charge du	Supplément (3)
						mutualité	patient (2)	
<b>Honoraires remboursables</b>								
<b>Honoraires partiellement à charge de la mutualité</b>								
<b>CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS</b>								
DE BONT, NOEMIE	C	0010922514	3/09/24	105431	1	32,08	3,00	
ART 22 : PHYSIOTHERAPIE								
Demandé par : DE BONT, NOEMIE								
DE BONT, NOEMIE	C	0010816817	4/09/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010816817	11/09/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010816817	16/09/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010816817	18/09/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010816817	23/09/24	558832	1	79,94	4,20	
DE BONT, NOEMIE	C	0010816817	30/09/24	558832	1	79,94	4,20	
<b>Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins</b>						511,72	28,20	0,00
<b>TOTAUX</b>						511,72	28,20	0,00
<b>TOTAL à payer par le patient</b>								28,20
<b>Solde à payer par le patient au compte :</b>								28,20
BE71 0970 1024 0469 BIC : GKCCBEBB								
AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++024/4607/05319+++								

- (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.
- (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>.

134 - 2/2 - 0