

Identification de l'hôpital  
Grand Hôpital de Charleroi

Patient : ELMESKINI, LATIFA  
RUE DES DÉPORTÉS 9  
B-6200 CHATELET

Rue du Campus des Viviers 1  
6060 GILLY

Numéro I.N.A.M.I. : 7/10010/30/000

Numéro BCE : 0894384837

Téléphone : 060/11.07.00

ELMESKINI, LATIFA

RUE DES DÉPORTÉS 9

B-6200 CHATELET

Numéro de facture : 254196967

Date de facture : 31/01/2025

Date d'envoi : 26/02/2025

Numéro de dossier : 0004727805

Date de naissance : 01/01/1966

Mutualité : 319/66000167403 (120/120)

Soins du : 01/01/2025

au : 29/01/2025

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 mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
Honoraires remboursables								

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

						A charge	A charge	Supplément
						de la	du	(3)
						mutualité	patient (2)	
Honoraires entièrement à charge de la mutualité						67,83		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité								
MALNOURY, FERNAND	C	0021673320	17/01/25	469814	1	67,89	2,48	
Demandé par : LHOEST, ALIZEE								
MARTIN, LAURENT	C	0021704743	28/01/25	457870	1	108,40	2,48	
MEDECINE INTERNE								
MALNOURY, FERNAND	C	0021673320	17/01/25	475075	1	18,25	3,21	
RADIOLOGIE								
Demandé par : LHOEST, ALIZEE								
MARTIN, LAURENT	C	0021704743	28/01/25	460795	1	25,37	7,44	
CONSULTATIONS ET VISITES								
MALNOURY, FERNAND	C	0021673320	17/01/25	102093	1	27,83	12,00	
BOLIAKI, GEOFFREY	C	0021632426	4/01/25	102491	1	5,04	6,00	
BOLIAKI, GEOFFREY	C	0021632426	4/01/25	105475	1	20,84	12,00	
JENNES, SERGE	C	0021660818	14/01/25	105475	1	20,84	12,00	
ZINGA, ENRICO	C	0021626743	1/01/25	102491	1	5,04	6,00	
ZINGA, ENRICO	C	0021626743	1/01/25	105475	1	20,84	12,00	
DE SCHOUTHEETE, JEAN-CHARLES	C	0021635468	6/01/25	101290	1	24,21	12,00	
DE SCHOUTHEETE, JEAN-CHARLES	C	0021644221	8/01/25	101290	1	24,21	12,00	
PRISE EN CHARGE SERV.URGENCES								
LULA MUPONDO, FRANCOIS	C	0021710518	29/01/25	590671	1	16,37	25,57	
Demandé par : BOLIAKI, GEOFFREY								
DEBOCK, SYLVIE	NC	0021632426	4/01/25	424653	1	3,49	2,71	
Demandé par : JENNES, SERGE								

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

							A charge	A charge	Supplément
							de la	du	(3)
							mutualité	patient (2)	
DEBOCK, SYLVIE	NC	0021660818	14/01/25	424653	1	3,49	2,71		
Demandé par : ZINGA, ENRICO									
DEBOCK, SYLVIE	NC	0021626743	1/01/25	424653	1	3,49	2,71		
Demandé par : DEMARTELEIRE, CHARLIE									
DEBOCK, SYLVIE	NC	0021629976	3/01/25	424653	1	3,49	2,71		
DEBOCK, SYLVIE	NC	0021632773	5/01/25	424653	1	3,49	2,71		
Demandé par : DE SCHOUTHEETE, JEAN-CHARL									
DEBOCK, SYLVIE	NC	0021635468	6/01/25	424653	1	3,49	2,71		
DEBOCK, SYLVIE	NC	0021644221	8/01/25	424653	1	3,49	2,71		
Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins							477,39	144,15	0,00
							A charge	A charge	Supplément
							de la	du	(3)
							mutualité	patient (2)	
2. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	Admission	Date	Code	Nbre					
2.1. Médicaments									
Médicaments remboursables									
Montant médicaments en partie à charge du patient									
FLAMMAZINE POT 1 %		0021629976	3/01/25	0707216	100	15,02	5,00		
FLAMMAZINE POT 1 %		0021644221	8/01/25	0707216	100	15,02	5,00		
Médicaments entièrement à charge du patient									

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

=====					A charge	A charge	Supplément
					de la	du	(3)
					mutualité	patient (2)	
=====							
Médicaments sans accord du							
médecin-conseil							
DUODERM EXTRA MINCE 5 CM X 10	0021704743	28/01/25	7101900	1		2,16	
INTRASITE GEL 25 G	0021629976	3/01/25	7102155	1		4,99	
INTRASITE GEL 25 G	0021632773	5/01/25	7102155	3		14,97	
INTRASITE GEL 25 G	0021644221	8/01/25	7102155	1		4,99	
PURILON GEL 15 G	0021626743	1/01/25	7102593	1		3,82	
Médicaments non remboursables							
HIBIDIL MINIPLASCO 15 ML UD	0021704743	28/01/25	0291971	1		0,73	
ISO-BETADINE DERMIQUE MP 10 ML	0021704743	28/01/25	1080233	1		0,64	
DURAFIBER 15 X 15 CM REF 6680	0021704743	28/01/25	7111313	1		8,15	
2.2 Produits parapharmaceutiques							
COMPRESSE STERILE 90	0021626743	1/01/25	7799976	6		2,22	
BAND. TUB.EL. K (1M)	0021626743	1/01/25	7799976	1		1,81	
VELPEAU 90GR 15CMX4M	0021626743	1/01/25	7799976	2		5,36	
COMP.ABDO XRAY 40X70	0021629976	3/01/25	7799976	3		6,24	
VELPEAU 90GR 15CMX4M	0021629976	3/01/25	7799976	2		5,36	
JELONET PARAFF.10X10	0021629976	3/01/25	7799976	2		1,62	
COMPRESSE STERILE 90	0021632426	4/01/25	7799976	6		2,22	
VELPEAU 90GR 15CMX4M	0021632426	4/01/25	7799976	2		5,36	
COMPRESSE STERILE 90	0021632773	5/01/25	7799976	4		1,48	
VELPEAU 90GR 15CMX4M	0021632773	5/01/25	7799976	1		2,68	
COMP.ABDO XRAY 40X70	0021635468	6/01/25	7799976	4		8,32	
VELPEAU 90GR 15CMX4M	0021635468	6/01/25	7799976	1		2,68	
JELONET PARAFF.10X10	0021635468	6/01/25	7799976	1		0,81	
COMP.ABDO XRAY 40X70	0021644221	8/01/25	7799976	6		12,48	
VELPEAU 90GR 15CMX4M	0021644221	8/01/25	7799976	2		5,36	
VELPEAU 90GR 10CMX4M	0021644221	8/01/25	7799976	1		1,70	

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

				A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)	
COMPRESSE STERILE 90	0021660818	14/01/25	7799976	3		1,11	
VELPEAU 90GR 15CMX4M	0021660818	14/01/25	7799976	1		2,68	
COMPR. GAZE 7,5X 7,5	0021660818	14/01/25	7799976	1		0,38	
Sous-total 2 - Pharmacie					30,04	120,32	0,00
TOTAUX					507,43	264,47	0,00
TOTAL à payer par le patient						264,47	
Solde à payer par le patient au compte :						264,47	
BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB							
AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++625/4196/96738+++							

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

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

T

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

=====|

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.

0 3

2 6 4 , 4 7

ELMESKINI, LATIFA  
RUE DES DEPORTES 9  
6200 CHATELET

T

B E 7 4 7 9 5 5 6 8 1 6 9 6 0 7

G K C C B E B B

GRAND HOPITAL DE CHARLEROI  
RUE DU CAMPUS DES VIVIERS 1  
6060 GILLY

+ + + 6 2 5 / 4 1 9 6 / 9 6 7 3 8 + + +