

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

Patient : BELEMA, YAN
PLACE DE LA FOIRE,NEU 10 /0005
6840 NEUFCHATEAU

Rue du Campus des Viviers 1
6060 GILLY

Numéro I.N.A.M.I. : 71001030000
Numéro BCE : 0894384837
Téléphone : 060/11.07.00

Numéro de facture : 252955362
Date de facture : 31/08/2025
Date d'envoi : 07/10/2025
Numéro d'admission : 0022267078
Numéro de dossier : 0005100799
Date de naissance : 03/08/2021
Mutualité (H) : 323/21080317369 (111/111)
Soins du : 17/08/2025 à 14 h 11
au : 22/08/2025 à 19 h 58

BELEMA, YAN
PLACE DE LA FOIRE NEU 10 /0005
6840 NEUFCHATEAU

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

1. Frais de séjour ou de réadaptation		35,15
Vos frais d'hospitalisation ou de réadaptation		5,08
2. Montants forfaitaires facturés (2)		254,33
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)		118,26
7. Frais divers		2,52
8. TVA		415,34
Total des frais à charge du patient		
Facturé à votre mutuelle	5.895,88	

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER	BE74 7955 6816 9607	BIC : GKCCBEBB	415,34
	AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE		+++625/2935/36215+++

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							
1.1. Frais de séjour hospitalisation ou hôpital de jour ou hospitalisation partielle en psychiatrie				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)	
Service	du	au	Jours				
230 - Frais de séjour	18/08/25 00h	18/08/25 24h	1	835,12	7,03		
230 - Frais de séjour	19/08/25 00h	22/08/25 19h	4	3.340,48	28,12		
Prix d'hébergement	18/08/25 00h	18/08/25 24h	1	88,59			
Prix d'hébergement	19/08/25 00h	22/08/25 19h	4	354,36			
Sous-total 1 - Frais de séjour				4.618,55	35,15	0,00	
2. Montants forfaitaires facturés (2)			Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)	
Honoraires biologie clinique		592001		115,10			
		591080		57,40			
		591603		37,01			
Honoraires imagerie médicale		460784		74,10			
		460703		17,14	1,98		
Honoraires service de garde médical et prestations techniques		590181		33,04			
Médicaments : Forfait par admission		590203		33,04			
Médicaments : Quote-part pers. par jour		756000	5	119,30	3,10		
		750002					
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés				486,13	5,08	0,00	
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 non remboursables							
INSTILLAGEL 11 ML SERINGUE		0049742	1		1,60		
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML		0819094	4		1,55		
DAFALGAN PEDIATRIE SOL BUV		1571314	150		5,07		
MAGNESIUM SULF SOL INJ 3 G 1		2117570	1		3,06		
NUROFEN 2% SIROP ENFANT S/ SUC		2547925	40		8,22		
ROPIVACAINE FRES AMP 20 ML 10		2744845	1		9,57		
ARTISS SOL POUR COLLE TISSULAI		2951762	1		220,58		
VESIERRA AMP INJ 2 ML 25 MG /M		3964806	1		4,68		
Sous-total 3 - Pharmacie				0,00	254,33	0,00	
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)
Honoraires remboursables							
Honoraires entièrement à charge de la mutualité					791,20		
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				791,20	0,00	0,00	
7. Frais divers		Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)	
THERMOMETRE DIGITAL		960466	1		6,26		
FRAIS D'HEBERGEMENT		960201	5		100,00		

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Libellé des frais divers à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant sans TVA)					
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1		7,00	
Sous-total 7 - Frais divers			0,00	118,26	
8. TVA	Statut (10)	Montant hors TVA	%	Montant TVA	A charge du patient TVAC (3)
Grand Hôpital de Charlero	BE0894384837	A	12,00	21	14,52
Sous-total 8 - TVA				2,52	
TOTAL			5.895,88	415,34	0,00
TOTAL à payer par le patient					415,34
Solde à payer par le patient au compte :					415,34
					BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB
					AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++625/2935/36215+++

- (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>.
- (10) a) Régime de l'assujettissement TVA mixte: l'hôpital est seulement obligé de compter la TVA sur les services et produits qu'il a délivré dans le cadre des interventions ou des traitements qui ont lieu uniquement pour l'embellissement de l'apparence physique ou non thérapeutiques.
 b) Régime particulier de paiement et suivi TVA: la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques ou non thérapeutiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, sans droit de déduction par le prestataire. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
 c) Régime particulier de paiement TVA: la TVA pour les interventions ou traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques ou non thérapeutiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, avec droit de déduction de TVA par le prestataire. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le prestataire.
 d) Régime normal TVA: la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques ou non thérapeutiques, sera déclarée et payée par le prestataire.
 e) Franchise de la TVA pour les petites entreprises: le prestataire est exempté de TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques ou non thérapeutiques et en raison du nombre limité de ce type de prestations exécutées par le prestataire.
- (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.