

Identification de l'hôpital  
Grand Hôpital de Charleroi

Patient : ARCOLIA, DOMENICO  
RUE AIMERIES 44  
7370 DOUR

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 : 252000775  
Date de facture : 30/11/2025  
Date d'envoi : 07/01/2026 ARCOLIA, DOMENICO  
Numéro d'admission : 0022436008  
Numéro de dossier : 0005104167 RUE AIMERIES 44  
Date de naissance : 22/03/1988 7370 DOUR  
Mutualité : 319/88032235380 (121/121)  
Soins du : 10/10/2025 à 06 h 33  
au : 30/11/2025 à 24 h 00

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

1. Frais de séjour ou de réadaptation		
Vos frais d'hospitalisation ou de réadaptation		365,56
2. Montants forfaitaires facturés (2)		34,22
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)		10.212,54
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)		
Vos frais d'honoraires		380,05
7. Frais divers		0,90
Total des frais à charge du patient		10.993,27
Facturé à votre mutuelle	178.953,02	
Vous avez déjà payé un acompte de		- 520,00

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB | 10.473,27 |

0 3

1 0 4 7 3 , 2 7

ARCOLIA, DOMENICO  
RUE AIMERIES 44  
7370 DOUR

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 / 2 0 0 0 / 7 7 5 2 3 + + +

Numéro de facture : 252000775  
Date d'envoi : 07/01/2026  
Patient : ARCOLIA, DOMENICO

DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT  
NISS : 88032235380

Page gén. : 2  
Page : 2  
Référence établissement : 0022436008

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					A charge	A charge	Supplément		
ou hospitalisation partielle en psychiatrie					de la	du	(4)		
					mutualité	patient (3)			
=====									
Service		du	au	Jours					
290	- Frais de séjour	10/10/25 07h	10/10/25 24h	1	2.273,67	7,03			
290	- Frais de séjour	11/10/25 00h	31/10/25 24h	21	47.747,07	147,63			
290	- Frais de séjour	1/11/25 00h	30/11/25 24h	30	68.210,10	210,90			
	Prix d'hébergement	10/10/25 07h	10/10/25 24h	1	88,59				
	Prix d'hébergement	11/10/25 00h	31/10/25 24h	21	1.860,39				
	Prix d'hébergement	1/11/25 00h	30/11/25 24h	30	2.657,70				
Sous-total 1 - Frais de séjour					122.837,52	365,56	0,00		
=====									
2. Montants forfaitaires facturés (2)					Nombre	A charge	A charge	Supplément	
					de	de la	du	(4)	
					jours	mutualité	patient (3)		
=====									
	Honoraires biologie clinique		592001		1.119,64				
			591080		57,40				

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 252000775  
 Date d'envoi : 07/01/2026  
 Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 3  
 Page : 3  
 Référence établissement : 0022436008

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
	591603		37,01		
Honoraires imagerie médicale	460784		74,10		
	460821		18,94	1,98	
Honoraires service de garde médical et prestations techniques	590181		33,04		
	590203		33,04		
Médicaments : Forfait par admission	756000		119,30		
Médicaments : Quote-part pers. par jour	750002	52		32,24	
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés			1.492,47	34,22	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 remboursables					
Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité			14.344,87		
Médicaments entièrement à charge du patient					
Médicaments sans accord du médecin-conseil					
LYSOMUCIL AMP 3 ML 10%	0711143	62		24,27	
Médicaments non remboursables					

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 252000775  
Date d'envoi : 07/01/2026  
Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 4  
Page : 4  
Référence établissement : 0022436008

		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
OXYBUPROCAINE MINIMS 0,4 % 0,5	0025916	1	0,69	
FLUIMUCIL ANTIBIOTIC FL 400 MG	0042887	6	21,30	
INSTILLAGEL 11 ML SERINGUE	0049742	11	17,64	
LEVOPHED AMP 4 ML	0053744	158	318,69	
NYSTATINE SUSP OR 24 ML	0062521	4	0,46	
SCANDICAINE FL 20 ML 1 %	0078865	1	3,02	
SCANDICAINE FL 20 ML 2 %	0078881	1	3,22	
VALIUM AMP 10 MG / 2 ML	0093807	1	0,87	
HIBIDIL MINIPLASCO 15 ML UD	0291971	9	6,55	
MINIPLASCO K PHOS 1MEQ/ML 20 M	0451047	55	73,10	
EAU OXYGENEE CONFOSEPT 120 ML	0487710	15	87,15	
VITALIPID N AMP AD	0497560	60	186,78	
SOLUVIT N INJ	0497578	60	214,56	
KONAKION AMP 10 MG/1 ML	0613513	44	38,76	
MINIMS FLUORESCINE 2 % 0,5 ML	0636134	1	0,69	
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML	0819094	21	8,13	
MINIPLASCO EAU INJ 10 ML AQUA	0819110	169	63,54	
MINIPLASCO KCL 20 ML 7,45 %	0823666	89	87,93	
PLURULE EAU PPI 50 ML	0864991	1	1,45	
PLURULE NACL 0,9 % 50 ML	0865006	2	2,97	
ISO-BETADINE DERMIQUE FL	1112598	2625	101,06	
MINIPLASCO LINISOL 10 ML 1 %	1204270	3	4,74	
MINIPLASCO LINISOL 10 ML 2 %	1205749	4	6,56	
LYSANKIA GTTES 20 ML	1271824	20	8,63	
ISO-BETADINE GEL	1522010	9900	779,13	
ISO-BETADINE GEL	1522010	9920	780,70	
ISO-BETADINE GEL	1522010	1000	78,70	
LYSOMUCIL SACHET 200 MG	1539048	3	0,55	
ASPEGIC SACH 500 MG	1553957	1	0,19	
ISO-BETADINE SOL HYDROALC	1690809	500	21,90	

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 252000775  
 Date d'envoi : 07/01/2026  
 Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 5  
 Page : 5  
 Référence établissement : 0022436008

		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
CALCIUM CHLORURE STEROP AMP 1	1846062	671	866,26	
VITAMINE B6 STEROP AMP 100 MG/	1848647	44	22,53	
MAGNESIUM SULF SOL INJ 3 G 1	2117570	37	113,04	
GLUCOSE STEROP AMP 6 G / 20 ML	2179422	5	7,55	
RECTOGESIC POMM 4 MG/G	2380673	30	52,69	
MP CALCIUM GLUCON 10 % AMP 1 X	2448066	6	7,67	
D CURE AMP PER OS	2727105	13	11,40	
ARTISS SOL POUR COLLE TISSULAI	2951762	11	2.426,38	
SELENIUM FL SOL PERF 10 ML 10	3120201	113	1.038,58	
ISO-BETADINE BUCCALE FL	3255700	200	4,88	
ADDAVEN NOVUM AMP 10 ML	3310851	60	182,88	
PHENYLEPHRINE AGUETT SER 10 ML	3412152	1	9,72	
ADRENALINE TAR AGUE SER 10 ML	3425642	5	67,16	
MOVICOL UNIDOSE SACH SOL ORALE	3459740	277	148,14	
TEMESTA COMP 1 X 2,5 MG	3934056	1	0,16	
VESIERRA AMP INJ 2 ML 25 MG /M	3964806	144	674,21	
EPHEDRINE HCL AGUETTANT SER 1	4516027	2	14,25	
THIAMINE HCL AMP 100 MG / 2 ML	4619144	130	104,00	
ISO-BETADINE SAVON FL	4646709	1500	26,55	
NALBUPHINE SERB AMP 20 MG/2 M	7799984	3	13,62	
3.2 Produits parapharmaceutiques				
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
KT BOUCHONNÉ	7799976	1	3,24	
SERINGUE RINCAGE ONC	7799976	1	1,94	

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*



Numéro de facture : 252000775  
 Date d'envoi : 07/01/2026  
 Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 7  
 Page : 7  
 Référence établissement : 0022436008

		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1	0,33	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
QUICK CLOT ROLL HEMO	7799976	4	214,04	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1	0,33	
QUICK CLOT ROLL HEMO	7799976	4	214,04	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	
ZINC 10 MG/10 ML AMP	7799976	1	9,50	

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*





Numéro de facture : 252000775  
 Date d'envoi : 07/01/2026  
 Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 10  
 Page : 10  
 Référence établissement : 0022436008

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
SONDE DE TYPE FOGARTY POUR EMBOLECTOMIE	160786		3	224,10		
Marge de délivrance (6)					22,41	
Produits non remboursables						
MATERIEL NON REMBOURSE			1		343,35	
Notification (8): 000067830813						
Sous-total 3 - Pharmacie				14.568,97	10.212,54	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				19.975,17		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément						
DANGOISSE, ELISABETH	10/10/25	567206	1	28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	13/10/25	567206	1	28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	15/10/25	567206	1	28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	17/10/25	567206	1	28,30	2,50	
ROCHET, FRANCOIS	18/10/25	567206	1	28,30	2,50	
ROCHET, FRANCOIS	19/10/25	567206	1	28,30	2,50	
WILLEM, CECILE	14/10/25	567206	1	28,30	2,50	
WILLEM, CECILE	16/10/25	567206	1	28,30	2,50	

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 252000775  
Date d'envoi : 07/01/2026  
Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 11  
Page : 11  
Référence établissement : 0022436008

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
DUC, AURELIE	20/10/25 567206	1		28,30	2,50	
PHYSIO-KINESITHERAPIE						
DANGOISSE, ELISABETH	27/10/25 560501	1		28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	29/10/25 560501	1		28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	31/10/25 560501	1		28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	7/11/25 560501	1		28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	12/11/25 560501	1		28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	14/11/25 560501	1		28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	17/11/25 560501	1		28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	19/11/25 560501	1		28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	20/11/25 560501	1		28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	21/11/25 560501	1		28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	24/11/25 560501	1		28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	25/11/25 560501	1		28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	26/11/25 560501	1		28,30	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	28/11/25 560501	1		28,30	2,50	
NYSTAZOS, IOANNIS	15/11/25 560501	1		28,30	2,50	
NYSTAZOS, IOANNIS	16/11/25 560501	1		28,30	2,50	
STAMATOPOULOS, Kimon	8/11/25 560501	1		28,30	2,50	
STAMATOPOULOS, Kimon	9/11/25 560501	1		28,30	2,50	
BEGET, FABIENNE	1/11/25 560501	1		28,30	2,50	
BEGET, FABIENNE	2/11/25 560501	1		28,30	2,50	
WILLEM, CECILE	21/10/25 560501	1		28,30	2,50	
WILLEM, CECILE	22/10/25 560501	1		28,30	2,50	
WILLEM, CECILE	23/10/25 560501	1		28,30	2,50	
WILLEM, CECILE	24/10/25 560501	1		28,30	2,50	
WILLEM, CECILE	5/11/25 560501	1		28,30	2,50	
WILLEM, CECILE	13/11/25 560501	1		28,30	2,50	
WILLEM, CECILE	27/11/25 560501	1		28,30	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	3/11/25 560501	1		28,30	2,50	

0 3

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

T

Numéro de facture : 252000775  
 Date d'envoi : 07/01/2026  
 Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 12  
 Page : 12  
 Référence établissement : 0022436008

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
ANNICAERT, ALISSON	11/11/25 560501	1		28,30	2,50	
DUC, AURELIE	25/10/25 560501	1		28,30	2,50	
DUC, AURELIE	26/10/25 560501	1		28,30	2,50	
DUC, AURELIE	28/10/25 560501	1		28,30	2,50	
DUC, AURELIE	4/11/25 560501	1		28,30	2,50	
DUC, AURELIE	6/11/25 560501	1		28,30	2,50	
DUC, AURELIE	10/11/25 560501	1		28,30	2,50	
DUC, AURELIE	18/11/25 560501	1		28,30	2,50	
VILLERS, MARGAUX	22/11/25 560501	1		28,30	2,50	
Honoraires entièrement à charge du patient						
SION, CATHERINE						
BIO-DOSAGE DE 25-HYDROXY VITAMINE D	27/11/25 007108	1			15,17	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	1/11/25 007883	1			3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	2/11/25 007883	1			3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	3/11/25 007883	1			3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	4/11/25 007883	1			3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	5/11/25 007883	1			3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	5/11/25 007883	1			3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	6/11/25 007883	1			3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	7/11/25 007883	1			3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	8/11/25 007883	1			3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	9/11/25 007883	1			3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	10/11/25 007883	1			3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	11/11/25 007883	1			3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	12/11/25 007883	1			3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	14/11/25 007883	1			3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	15/11/25 007883	1			3,79	

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 252000775  
Date d'envoi : 07/01/2026  
Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 13  
Page : 13  
Référence établissement : 0022436008

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	16/11/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	18/11/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	18/11/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	19/11/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	20/11/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	21/11/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	22/11/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	23/11/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	24/11/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	25/11/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	26/11/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	27/11/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	28/11/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	29/11/25 007883	1		3,79	
BIO-BNP	4/11/25 099164	1		31,01	
COURCELLES, LOUISIANE					
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	10/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	10/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	11/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	11/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	12/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	13/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	14/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	15/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	16/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	17/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	18/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	19/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	20/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	21/10/25 007883	1		3,79	

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

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

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 252000775  
 Date d'envoi : 07/01/2026  
 Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 14  
 Page : 14  
 Référence établissement : 0022436008

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	22/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	23/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	24/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	25/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	26/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	27/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	29/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	29/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	29/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	30/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	31/10/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	31/10/25 007883	1		3,79	
GRUSON, DAMIEN					
BIO - LAP	18/11/25 013002	1		10,42	

=====  
 Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins | 21.276,97 | 380,05 | 0,00 |  
 =====

5. Autres fournitures	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
PEAU PAR CM2	270362		3.708,15		
PEAU PAR CM2	270362		398,25		
PEAU PAR CM2	270362		3.221,40		
PLATRE - MEMBRES SUPERIEURS : MAIN	690281		2,11		
PLATRE - MEMBRES SUPERIEURS : MAIN	690281		2,11		
PLATRE - MEMBRES SUPERIEURS : POIGNET ET AVAN	690325		3,94		
PLATRE - MEMBRES SUPERIEURS : POIGNET ET AVAN	690325		3,94		
PLASMA FRAIS CONGELE VIRO-INACTIVE	752441		116,35		

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*







Numéro de facture : 252000775  
Date d'envoi : 07/01/2026  
Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 18  
Page : 18  
Référence établissement : 0022436008

	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAUX	178.953,02	10.993,27	0,00
TOTAL à payer par le patient			10.993,27
AVANCE, PAYÉE LE : 12/10/25			- 100,00
AVANCE, PAYÉE LE : 26/10/25			- 170,00
AVANCE, PAYÉE LE : 9/11/25			- 150,00
AVANCE, PAYÉE LE : 15/11/25			- 100,00
Solde à payer par le patient au compte :	BE74 7955 6816 9607	BIC : GKCCBEBB	10.473,27
	AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++625/2000/77523+++		

0 3

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

- =====|
- (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>.

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

Numéro de facture : 252000775  
Date d'envoi : 07/01/2026  
Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 20  
Page : 20

Référence établissement : 0022436008

=====  
(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.

\*\*\*\*\*

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

T

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*