

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 : 252021471
Date de facture : 31/12/2025
Date d'envoi : 05/02/2026
Numéro d'admission : 0022436008
Numéro de dossier : 0005104167
Date de naissance : 22/03/1988
Mutualité : 319/88032235380 (121/121)
Soins du : 10/10/2025 à 06 h 33
au : 31/12/2025 à 24 h 00

ARCOLIA, DOMENICO
RUE AIMERIES 44
7370 DOUR

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

1. Frais de séjour ou de réadaptation		
Vos frais d'hospitalisation ou de réadaptation		217,93
2. Montants forfaitaires facturés (2)		19,22
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)		2.913,82
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)		
Vos frais d'honoraires		196,07
7. Frais divers		96,37
Total des frais à charge du patient		3.443,41
Facturé à votre mutuelle	102.045,91	

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB | 3.443,41 |

0 3

3 4 4 3 , 4 1

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 2 1 / 4 7 1 5 8 + + +

Numéro de facture : 252021471
Date d'envoi : 05/02/2026
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	1/12/25 00h	26/12/25 16h	26	59.115,42	182,78			
210	- Frais de séjour	26/12/25 16h	31/12/25 24h	5	4.175,60	35,15			
	Prix d'hébergement	1/12/25 00h	26/12/25 16h	26	2.303,34				
	Prix d'hébergement	26/12/25 16h	31/12/25 24h	5	442,95				
Sous-total 1 - Frais de séjour					66.037,31	217,93	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		633,64				
	Médicaments : Quote-part pers. par jour		750002	31		19,22			

T

Numéro de facture : 252021471
 Date d'envoi : 05/02/2026
 Patient : ARCOLIA, DOMENICO

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

=====				A charge	A charge	Supplément
				de la	du	(4)
				mutualité	patient (3)	
=====						
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés				633,64	19,22	0,00
=====						
				A charge	A charge	Supplément
				de la	du	(4)
				mutualité	patient (3)	
=====						
3. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	Code	Nombre				
=====						
3.1. Médicaments						
Médicaments remboursables						
Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité				1.208,60		
Médicaments entièrement à charge du patient						
Médicaments sans accord du médecin-conseil						
LYSOMUCIL AMP 3 ML 10%	0711143	23			9,00	
Médicaments non remboursables						
ETUMINE AMP 4 ML	0040550	14			14,63	
INSTILLAGEL 11 ML SERINGUE	0049742	5			8,03	
LEVOPHED AMP 4 ML	0053744	9			18,15	
TERRA-CORTRIL ONG. DERMIQUE	0086280	75			39,30	
VALIUM AMP 10 MG / 2 ML	0093807	18			15,73	
HIBIDIL MINIPLASCO 15 ML UD	0291971	2			1,46	
MINIPLASCO K PHOS 1MEQ/ML 20 M	0451047	13			17,28	
VITALIPID N AMP AD	0497560	18			56,03	
SOLUVIT N INJ	0497578	18			64,37	

0 3

T

Numéro de facture : 252021471
 Date d'envoi : 05/02/2026
 Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 4

Page : 4

Référence établissement : 0022436008

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
LORMETAZEPAM EG COMP 2 MG	0671289	8		1,71	
LORMETAZEPAM EG COMP 2 MG	0671289	7		1,50	
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML	0819094	3		1,16	
MINIPLASCO KCL 20 ML 7,45 %	0823666	43		42,48	
ISO-BETADINE SAVON UNIWASH 10	1169556	2		1,40	
MINIPLASCO LINISOL 10 ML 2 %	1205749	1		1,64	
VALIUM COMP 5 MG	1324698	10		1,29	
VALIUM COMP 10 MG	1324706	6		1,04	
VALIUM COMP 10 MG	1324706	7		1,22	
ISO-BETADINE GEL	1522010	7400		582,38	
ISO-BETADINE GEL	1522010	460		36,20	
LYSOMUCIL SACHET 200 MG	1539048	1		0,18	
ZOLPIDEM EG COMP 1 X 10 MG	1695691	7		2,20	
ZOLPIDEM EG COMP 1 X 10 MG	1695691	7		2,20	
DAFALGAN FORTE COMP 1 G	1799121	26		5,36	
DAFALGAN FORTE COMP 1 G	1799121	21		4,33	
CALCIUM CHLORURE STEROP AMP 1	1846062	181		233,67	
MAGNESIUM SULF SOL INJ 3 G 1	2117570	21		64,16	
OXYCONTIN COMP 5 MG	2334845	2		0,14	
MP CALCIUM GLUCON 10 % AMP 1 X	2448066	1		1,28	
FENISTIL GTTE	2565950	80		15,04	
FENISTIL GTTE	2565950	20		3,76	
D CURE AMP PER OS	2727105	6		5,25	
ARTISS SOL POUR COLLE TISSULAI	2951762	6		1.323,48	
ADDAVEN NOVUM AMP 10 ML	3310851	19		57,91	
DAFALGAN COMP EFF 1 G	3391273	4		1,17	
PHENYLEPHRINE AGUETT SER 10 ML	3412152	1		9,72	
ADRENALINE TAR AGUE SER 10 ML	3425642	3		40,29	
MOVICOL UNIDOSE SACH SOL ORALE	3459740	71		37,97	
TEMESTA COMP 1 X 2,5 MG	3934056	3		0,47	

0 3

T

Numéro de facture : 252021471
Date d'envoi : 05/02/2026
Patient : ARCOLIA, DOMENICO

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

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
VESIERRA AMP INJ 2 ML 25 MG /M	3964806	30		140,46	
MELATONINE PHARMA NORD COMP 3	4131801	14		6,80	
MELATONINE PHARMA NORD COMP 3	4131801	4		1,94	
EPHEDRINE HCL AGUETTANT SER 1	4516027	1		7,12	
ADRENALINE STEROP AMP 1 MG / 1	4581468	1		0,95	
DROPERIDOL KALCEKS 1.25 mg/ml	4614368	1		4,12	
NALBUPHINE SERB AMP 20 MG/2 M	7799984	1		4,54	
3.2 Produits parapharmaceutiques					
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
THEALOEZ DUO GEL OCUL	7799976	1		0,33	
LEMON GLYCERIN SWAB	7799976	2		0,50	
REDOXVITA COMP EFF	7799976	1		0,37	
OLAMINE DRAG	7799976	1		0,15	
OLAMINE DRAG	7799976	1		0,15	

T

Numéro de facture : 252021471
 Date d'envoi : 05/02/2026
 Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 6
 Page : 6
 Référence établissement : 0022436008

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
OLAMINE DRAG	7799976	1			0,15	
MAGNETOP SACHET	7799976	1			0,37	
MAGNETOP SACHET	7799976	1			0,37	
MAGNETOP SACHET	7799976	1			0,37	
MAGNETOP SACHET	7799976	1			0,37	
OLAMINE DRAG	7799976	1			0,15	
MAGNETOP SACHET	7799976	1			0,37	
MAGNETOP SACHET	7799976	1			0,37	
MAGNETOP SACHET	7799976	1			0,37	
MAGNETOP SACHET	7799976	1			0,37	
MAGNETOP SACHET	7799976	1			0,37	
MAGNETOP SACHET	7799976	1			0,37	
MAGNETOP SACHET	7799976	1			0,37	
MAGNETOP SACHET	7799976	1			0,37	
MAGNETOP SACHET	7799976	1			0,37	
MAGNETOP SACHET	7799976	1			0,37	
BAN.COMPRES.10CM(7M)	7799976	2			10,28	
BAND.COMPRES 6CM(1M)	7799976	2			1,14	

=====
 Sous-total 3 - Pharmacie | 1.208,60 | 2.913,82 | 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				30.833,35		

T

Numéro de facture : 252021471
Date d'envoi : 05/02/2026
Patient : ARCOLIA, DOMENICO

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

=====			
	A charge	A charge	Supplément
	de la	du	(4)
	mutualité	patient (3)	
=====			
Honoraires partiellement à charge			
de la mutualité et/ou avec supplément			
PHYSIO-KINESITHERAPIE			
DANGOISSE, ELISABETH	1/12/25 560501	1 28,30	2,50
DANGOISSE, ELISABETH	3/12/25 560501	1 28,30	2,50
DANGOISSE, ELISABETH	5/12/25 560501	1 28,30	2,50
DANGOISSE, ELISABETH	8/12/25 560501	1 28,30	2,50
DANGOISSE, ELISABETH	10/12/25 560501	1 28,30	2,50
DANGOISSE, ELISABETH	12/12/25 560501	1 28,30	2,50
DANGOISSE, ELISABETH	22/12/25 560501	1 28,30	2,50
DANGOISSE, ELISABETH	24/12/25 560501	1 28,30	2,50
DANGOISSE, ELISABETH	26/12/25 560501	1 28,30	2,50
DANGOISSE, ELISABETH	29/12/25 560501	1 28,30	2,50
DANGOISSE, ELISABETH	31/12/25 560501	1 28,30	2,50
ROCHET, FRANCOIS	13/12/25 560501	1 28,30	2,50
ROCHET, FRANCOIS	14/12/25 560501	1 28,30	2,50
DE BRUYCKER, SEVERINE	20/12/25 560501	1 28,30	2,50
WILLEM, CECILE	2/12/25 560501	1 28,30	2,50
WILLEM, CECILE	17/12/25 560501	1 28,30	2,50
WILLEM, CECILE	19/12/25 560501	1 28,30	2,50
WILLEM, CECILE	23/12/25 560501	1 28,30	2,50
VERHAEGHE, SOPHIE	27/12/25 560501	1 28,30	2,50
VERHAEGHE, SOPHIE	28/12/25 560501	1 28,30	2,50
ANNICAERT, ALISSON	7/12/25 560501	1 28,30	2,50
DUC, AURELIE	4/12/25 560501	1 28,30	2,50
DUC, AURELIE	9/12/25 560501	1 28,30	2,50
DUC, AURELIE	11/12/25 560501	1 28,30	2,50
DUC, AURELIE	15/12/25 560501	1 28,30	2,50
DUC, AURELIE	16/12/25 560501	1 28,30	2,50
DUC, AURELIE	18/12/25 560501	1 28,30	2,50

0 3

T

Numéro de facture : 252021471
Date d'envoi : 05/02/2026
Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 8
Page : 8
Référence établissement : 0022436008

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)	
DUC, AURELIE	30/12/25	560501	1	28,30	2,50		
Honoraires entièrement à charge du patient							
JENNES, SERGE							
TUBAGE GASTRIQUE HOSP	10/10/25	010220	1		7,23		
TUBAGE GASTRIQUE HOSP	10/12/25	010220	1		7,23		
CATHETERISME VESICAL (SONDAGE)	10/10/25	010240	1		8,43		
CATHETERISME VESICAL (SONDAGE)	22/11/25	010240	1		8,43		
SION, CATHERINE							
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	30/11/25	007883	1		3,79		
HAESELEER, CECILE							
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	1/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	2/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	3/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	5/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	6/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	7/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	8/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	9/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	9/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	10/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	11/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	12/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	13/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	14/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	15/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	16/12/25	007883	1		3,79		
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	17/12/25	007883	1		3,79		

0 3

T

Numéro de facture : 252021471
 Date d'envoi : 05/02/2026
 Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 9
 Page : 9
 Référence établissement : 0022436008

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	21/12/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	22/12/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	23/12/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	26/12/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	28/12/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	29/12/25 007883	1		3,79	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	30/12/25 007883	1		3,79	

Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins | 31.625,75 | 196,07 | 0,00 |

5. Autres fournitures	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
PLASMA FRAIS CONGELE VIRO-INACTIVE	752441		116,35		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		149,76		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		149,76		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		149,76		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		149,76		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		149,76		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		149,76		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		149,76		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		149,76		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		149,76		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		149,76		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		149,76		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		149,76		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		149,76		

T

Numéro de facture : 252021471
 Date d'envoi : 05/02/2026
 Patient : ARCOLIA, DOMENICO

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

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE IRRADIE:	752581		163,81		
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE IRRADIE:	752581		163,81		
Sous-total 5 - Autres fournitures			2.540,61	0,00	0,00
7. Frais divers	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
ATTACHE POIGNET	960466	1		25,42	
URINAL ROND HOMME+CO	960466	1		2,25	
HARNAIS PATIENT U.UN	960466	1		59,22	
THERMOMETRE DIGITAL	960466	1		6,26	
CHAUSSETTE ANTIDERAP	960466	2		3,22	
Sous-total 7 - Frais divers			0,00	96,37	
TOTAUX			102.045,91	3.443,41	0,00
TOTAL à payer par le patient					3.443,41
Solde à payer par le patient au compte :					3.443,41
					BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB
					AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++625/2021/47158+++

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 : 252021471
Date d'envoi : 05/02/2026
Patient : ARCOLIA, DOMENICO

Page gén. : 12
Page : 12
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

