



www.chirec.be

**Site Delta**

Boulevard de Triomphe  
Triomfiaan 201  
1160 Bruxelles - Brussel

**Site de la Basilique**

Basiliekste  
Rue Pangaeristraat, 37- 47  
1083 Bruxelles - Brussel

**Centre Médical Edith Cavell**

Medisch Centrum Edith Cavell  
Rue Edith Cavellstraat, 32  
1180 Bruxelles - Brussel

**Centre Médical Parc Léopold**

Medisch Centrum Park Leopold

Rue du Trône, 100  
1050 Bruxelles - Brussel

**Site Ste-Anne St-Remi**

Boulevard Jules Grandorfaan, 66  
1070 Bruxelles - Brussel

**Site**

**Braine-l'Alleud - Waterloo**

Rue Wayez, 35  
1420 Braine-l'Alleud

**Centre Médical**

**Europe - Lambertmont**

Medisch Centrum  
Rue des Penseestraat, 1 - 5  
1090 Bruxelles - Brussel

**Centre Médical Jean Monnet**

Medisch Centrum Jean Monnet  
Avenue Jean Monnetlaan 12  
1400 Nivelles - Nijvel

# Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell

Asociación Hospitalaria - Hospitaalvereniging - Hôpitalinterregional  
N° de dossier : 581070921 - N° de facture : 419068586102

CAFP

Exp: CHIREC - DELTA, Bid du Triomphe 201, 1160 Bruxelles

Comberous Denis  
Rue wayez 35  
1420 BRAINE-L'ALLEUD

YZ888-ARCP-ID-083133



419068586102

N° de Dossier : 581070921  
N° Facture : 419068586102

Bruxelles, le 07-12-2022

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de la confiance que vous mettez en notre établissement, et vous transmettons en annexe votre facture relative aux soins reçus au Chirec.

Pour votre règlement, nous vous demandons de bien vouloir utiliser le virement ci-dessous ou à défaut de recopier scrupuleusement dans votre **communication structurée** les références qui s'y trouvent.

Le paiement doit être effectué dans les 10 jours suivant la réception de la facture.

Si vous souhaitez avoir des explications complémentaires, nous vous invitons à prendre contact avec le service Contact administratif et financier patients au 02/434 46 40 (9h-12h) ou par mail à [facture@chirec.be](mailto:facture@chirec.be).

Dans l'attente de votre paiement, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée,

Le service contact administratif et financier patients

À payer dans les 10 jours suivant la réception de la facture.

IBAN : BE37001034294428 BIC : GEBABEBB

Communication structurée : +++419/0685/86102+++

419,69 EUR



Scannez & payez mobile



Dancontact



pay.pom.be#W9RHZsTFY

powered by pom

Un bulletin de virement traditionnel reste disponible au verso de cette page →

Identification de l'établissement  
CHIREC-Hôp. de Braine-Waterloo  
Rue Wayez, 35  
1420 BRAINE-L'ALLEUD  
Numéro INAMI: 71072393000  
Numéro BCE: 0472937059  
IBAN: BE37001034294428 BIC: GEBABEBB

Identification du patient

Numéro de dossier : 581070921  
N° de séjour : 8087868633  
Date de naissance : 08-11-1971  
N° NISS :

Mutualité : 100  
Numéro de facture : 419068586102  
Date de facture : 31-10-2022  
Date d'envoi : 07-12-2022

Adresse de facturation  
Combermous Denis  
Rue wayez 35  
1420 BRAINE-L'ALLEUD

## RESUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

1. Frais de séjour ou de réadaptation Vos frais d'hospitalisation	154,48
2. Montants forfaitaires facturés (2)	108,28
3. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	25,61
4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs) Vos frais d'honoraires	131,32
<b>Total des frais à charge du patient</b>	<b>419,69</b>
<b>À verser sur le compte de l'hôpital : BE37001034294428</b>	<b>419,69</b>

## DETAIL FACTURE PATIENT

## Communication

Toutes les prestations médicales (ou paramédicales) sont facturées par l'hôpital; le patient ne peut recevoir d'autre facture que celle établie par l'hôpital. Exceptionnellement, des factures 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 séjour ou de réadaptation	Du	Au	Nombre	A charge de l'assurance	A charge du patient (3)	Supplément (4)
1.2. Frais de séjour - Hospitalisation de jour						
1.2.2. Maxiforfait	17/10/22	17/10/22	1		136,95	
Prix d'infrastructure	17/10/22	17/10/22	1		17,53	
<b>Sous-total 1. Frais de séjour ou de réadaptation</b>					<b>154,48</b>	

2. Montants forfaitaires facturés (2)	Nombre Jours	A charge de l'assurance	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Biologie clinique			96,30	
Service de garde médical et prestations techniques			11,98	
<b>Sous-total 2. Montants forfaitaires facturés (2)</b>			<b>108,28</b>	

3. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	Code	Nombre	A charge de l'assurance	A charge du patient (3)	Supplément (4)
3.1. Médicaments					
Médicaments remboursables					
Montant médicament partiellement à charge du patient					
SUFENTA INJ 0,01 MG PR AMP 2 ML	718056	1		0,31	
SUFENTA INJ 0,05 MG AMP 10 ML	718064	1		1,24	
NACL 0,9% PR SAC 500 ML	740951	1		1,48	
HARTMANN PR SAC 500 ML	741082	1		2,43	
MIDAZOLAM B.BRAUN INJ 5ML 1MG/ML	787465	1		0,39	
MIDAZOLAM B.BRAUN INJ 10 ML 5MG/ML	787481	1		2,71	
PLASMALYTE A VIAFLO 500 ML	795898	2		5,74	
Médicament entièrement à charge du patient					
Médicaments non-remboursables					
VALIUM PR COMPR 10 MG	1324706	1		0,19	
MORFINE HCL STEROP INJ 1 ML 10 MG	2446649	1		0,89	
VESIERRA INJ 2 ML 50 MG	3964806	1		4,68	
MP NACL 0,9% PR FL 10 ML	819094	1		0,39	
3.2. Produits parapharmaceutiques					
_PHARMACIE SET PETIT MATERIEL	7799976	1		5,16	
<b>Sous-total 3. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux</b>				<b>25,61</b>	

4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Date	Code (9)	Nombre	A charge de l'assurance	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires remboursables						
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément chambre individuelle						
Dr. VANHOVE, MARIE						
Hon. urgentiste SMUR vers même hôpital	17/10/22	590472	1		59,87	
Honoraires surveillance	17/10/22	598404	1		20,81	
Dr. ILUNGA NDAYA, MYRIAM						
1ère prise charge urg. pat. avec lettre	17/10/22	590531	1		42,84	
Supplément urgence (21h-8h, WE, JF)	17/10/22	590833	1		7,80	
<b>Sous-total 4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)</b>					<b>131,32</b>	

TOTAUX	A charge de l'assurance	A charge du patient (3)	Supplément (4)



Ministère de la Défense  
Service: MIL. HOSP.  
Rue Bruyn I  
B-1120 BRUXELLES  
Tel: 02 443 19 39  
E-mail: mhka-fact@mil.be  
TVA: BE0308357555

Camernous Denis  
Rue Francois Libert 15 A  
1410 Waterloo

Nombre de documents en annexe: 1  
Numéro de dossier: MH2212211002

TVA du client:  
Numéro de facture: 180000478  
Date de la facture: 24.01.2023

## Facture

Veuillez utiliser le numéro de facture dans toute votre correspondance avec nous.

Description	Montant (EUR)
La TVA n'est pas exigible conformément à l'article 6 du Code général des impôts.	196,46
Total (EUR)	196,46

Ce montant de 196,46 EUR, doit être payé au plus tard le 23.02.2023 avec la communication structurée suivante:

+++180/0000/47893+++

DEFENSE BFA-L/ RECETTES QUARTIER REINE ELISABETH  
BPOST  
IBAN: BE17679200801821  
BIC: PCHQBEBB

Les frais financiers éventuels suite à un paiement effectué à l'étranger sont à charge du donneur d'ordre.

Pour tout renseignement concernant votre dossier:  
Personne de contact: VALÉRIE BOULANGER  
Service: MIL. HOSP.  
Tel: +3224431939  
E-mail: mhka-fact@mil.be