



Centre Hospitalier Epicura asbl
 Siège Social: Rue Louis Caty, 136
 7331 Baudour
 BCE: 0842.335.231
 RPM Hainaut (Division Mons)
 Compte bancaire: BE11.7320.0720.6848

Exp: Epicura - Avenue de l'espoir, 40 B 7330 Boussu



JJBEA120090000857110457 174 Cb-W 1-L9

COTTART, JOELLE
 RUE DE WARQUIGNIES(H) 25
 BE-7301 HORNU

Services de facturation:

+32 (0)78 150 170

facturation@epicura.be

Permanence uniquement à Hornu et Ath

Lundi & mercredi : 13h00 - 15h30

Jeudi & vendredi : 8h30 - 12h30

Baudour, le 26/09/2025

Numéro de Facture : 252716507

Numéro Dossier : 160393

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de trouver ci-jointe la facture récapitulative des soins dont vous avez bénéficié pendant la période concernée. Nous vous invitons à régler la somme de 1501.44 € sous quinzaine sans oublier d'indiquer la référence de paiement: +++225/2716/50750+++.

- à l'aide du QR-code ci-contre
- ou par paiement électronique
- ou à l'aide du virement ci-dessous



L'application Crelan ne permet pas l'interprétation du QR code.

Vous vous posez des questions sur le contenu de votre facture? Merci de nous les adresser

- par téléphone: voir numéro ci-dessus
- par e-mail: voir adresse ci-dessus. N'oubliez pas dans ce cas de préciser la référence reprise sur cette de facture.

Veillez trouver nos conditions générales applicables aux factures au verso du présent document.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

La Direction.

Handtekening(en)
 Signature(s)
 Unterschrift(en)

OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT
 ORDRE DE VIREMENT
 ÜBERWEISUNGSAUFTRAG



vulling met de hand, één HOOFDLETTER of cijfer in zwart (of blauw) per vakje
 complète à la main, à l'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case
 Ausfüllen mit der Hand ein GROSSBUCHSTABE oder Zahl in schwarz (oder blau) pro Feld

venste uitvoeringsdatum in de toekomst / Date d'exécution souhaitée dans le futur / Gewünschtes Ausführungsdatum in der Zukunft

Bedrag / Montant / Betrag EUR CENT

1 5 0 1 , 4 4

Bank van opdrachtgever (IBAN) / Banque du donneur d'ordre (IBAN) / Bank des Auftraggebers (IBAN)

Bank van begunstigde (IBAN) / Banque bénéficiaire (IBAN) / Bank des Begünstigten (IBAN)

Bank van adres opdrachtgever / Banque adresse donneur d'ordre / Bank Adresse des Auftraggebers

Bank van adres begunstigde / Banque adresse bénéficiaire / Bank Adresse des Begünstigten

COTTART, JOELLE
 RUE DE WARQUIGNIES(H) 25
 BE-7301 HORNU

BE 1 1 7 3 2 0 0 7 2 0 6 8 4 8

C R E G B E B B

C.H. EpiCURA
 Rue Louis Caty, 136
 7331 Baudour

+ + + 2 2 5 / 2 7 1 6 / 5 0 7 5 0 + + +

CONDITIONS GENERALES EPICURA

Les factures du Centre Hospitalier EpiCURA sont établies et présentées conformément à la réglementation de l'INAMI. L'échéance de toute facture est de 15 jours après réception, sauf accord préalable pour un échelonnement avec le service contentieux.

À défaut de paiement dans les 15 jours de la réception, la facture fera l'objet d'un rappel sans frais, à l'échéance de ce rappel le montant impayé sera majoré d'un montant forfaitaire de 5 euros à titre de frais administratifs. A l'issue des relances amiables, après 15 jours, le montant sera confié à une société de recouvrement qui appliquera les frais légaux en la matière :

- 20€ si le montant restant dû est inférieur ou égal à 150€
- 30€ augmentés de 10% sur la tranche de 150,01€ à 500€
- 65€ augmentés de 5% sur la tranche de 500,01€ avec un maximum de 2000€.

Ces montants majorés sont productifs d'intérêts au taux légal autorisé par la loi.

Tous les frais de recouvrement, amiable ou judiciaire, par voie d'huissier de justice ou avocat, seront mis à charge du débiteur. Ces frais seront calculés conformément à l'Arrêté Royal du 30/11/1976 fixant le tarif des actes accomplis par les huissiers de justice en matière civile et commerciale ainsi que celui de certaines allocations.

Pour être valable, tout paiement bancaire doit impérativement reprendre exactement les références figurant dans la zone de communication du virement de la facture. Faute de quoi, le paiement ne pourra être identifié et la procédure de recouvrement sera activée. En cas d'activation de la procédure de recouvrement, les données à caractère personnel vous concernant qui sont nécessaires aux fins de la récupération de nos créances (coordonnées de contact : noms, adresses, téléphone, mails,... et coordonnées de facturation : numéro de référence, date, montants, paiements,...) seront communiquées à notre 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 de nos créances et dans le respect du critère de nécessité matérielle et temporelle, être communiquées à l'ensemble de ses sous-traitants (call-center, agents de recouvrement, avocats, huissiers,...).

Si le solde de la facture est en votre faveur, celui-ci vous sera remboursé par virement bancaire sous déduction de tout montant dû au Centre Hospitalier EpiCURA.

Les réclamations inhérentes au contenu de la facture doivent être formulées par écrit et adressées au service Contentieux du Centre Hospitalier EpiCURA accompagnées des pièces justificatives de la contestation. Le renvoi de la facture seule ne constitue pas une contestation. Vous disposez pour ce faire du délai légal et raisonnable en la matière de deux mois après réception de la facture. L'absence de contestation implique l'acceptation de la facture ainsi que des conditions générales de paiement qu'elle mentionne.

A titre de réciprocité, en cas de retard dans le paiement d'une somme due et non contestée par EpiCURA malgré l'envoi d'un rappel resté sans réponse, le patient aura droit à une indemnité de 10€.

Nous demandons aux patients étrangers d'effectuer leur paiement par virement international avec les références suivantes :

code IBAN: BE11 7320 0720 6848
code BIC: CREGBEBB

Les chèques ne sont plus acceptés.

Veuillez adresser vos éventuelles réclamations, par voie postale à

C.H. EpiCURA
Service Contentieux
rue Louis Caty, 136
7331 Baudour
Ou par mail à contentieux@epicura.be



Identification de l'hôpital
C.H. EpicURA

Patient : COTTART, JOELLE
RUE DE WARQUIGNIES(H) 25
7301 HORNU

Route de Mons 63
7301 HORNU

Numéro I.N.A.M.I. : 71041018000

Numéro BCE : 0842335231

Téléphone : 078/150.170

Numéro de facture : 252716507

COTTART, JOELLE

Date de facture : 31/08/2025

Date d'envoi : 23/09/2025

RUE DE WARQUIGNIES(H) 25

Numéro d'admission : 0050677473

7301 HORNU

Numéro de dossier : 0000160393

Date de naissance : 03/05/1966

Mutualité : 319/66050313829 (110/110)

Soins du : 18/07/2025 à 10 h 38

au : 07/08/2025 à 12 h 40

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

1. Frais de séjour ou de réadaptation		
Vos frais d'hospitalisation ou de réadaptation		423,47
2. Montants forfaitaires facturés (2)		42,44
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)		728,24
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)		
Vos frais d'honoraires		298,63
7. Frais divers		7,50
8. TVA		1,16
Total des frais à charge du patient		1.501,44
Facturé à votre mutuelle	30.293,20	

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER

BE11 7320 0720 6848 BIC : CREGBEBB 1.501,44
AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++225/2716/50750+++

Numéro de facture : 252716507
 Date d'envoi : 23/09/2025
 Patient : COTTART, JOELLE

DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT

Page gén. : 5492

Page : 2

NISS : 66050313829

Référence établissement : 0050677473

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					A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)		
1.1. Frais de séjour hospitalisation ou hôpital de jour ou hospitalisation partielle en psychiatrie									
Service	du	au	Jours						
220 - Frais de séjour	18/07/25 10h	18/07/25 24h	1		748,68	47,08			
220 - Frais de séjour	19/07/25 00h	21/07/25 00h	2		1.551,90	39,62			
490 - Frais de séjour	21/07/25 00h	22/07/25 20h	2		1.551,90	39,62			
490 - Frais de séjour	22/07/25 20h	31/07/25 24h	9		6.983,55	178,29			
490 - Frais de séjour	1/08/25 00h	7/08/25 12h	6		4.655,70	118,86			
Prix d'hébergement	18/07/25 10h	18/07/25 24h	1		30,98				
Prix d'hébergement	19/07/25 00h	21/07/25 00h	2		61,96				
Prix d'hébergement	21/07/25 00h	22/07/25 20h	2		61,96				
Prix d'hébergement	22/07/25 20h	31/07/25 24h	9		278,82				
Prix d'hébergement	1/08/25 00h	7/08/25 12h	6		185,88				
Sous-total 1 - Frais de séjour					16.111,33	423,47	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						438,40			
						57,40			
						29,57	7,44		
Honoraires imagerie médicale						80,24			
						14,72	6,20		
Honoraires service de garde médical et prestations techniques						16,40	16,40		
						33,04			
						33,04			
Médicaments : Forfait par admission						123,58			
Médicaments : Quote-part pers. par jour					20		12,40		
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés						793,59	42,44	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							74,76		
Médicaments entièrement à charge du patient									
Médicaments sans accord du médecin-conseil									
LYSOMUCIL 10% INJ/LOK AMP 3 ML					0711143	2		0,78	
Médicaments non remboursables									
DURATEARS POMM OPH PR TUBE					0037820	3		12,89	
XANAX PR COMPR 0,50 MG					0098194	4		0,72	
VITALIPID ADULTE INJ PR AMP 10					0497560	8		24,90	
SOLUVIT-NOVUM PDR PERF					0497578	8		28,62	
LAVEMENT PHOSPHATE FL 130 ML					0685727	1		3,23	
MP NAACL 0,9% PR FL 10 ML					0819094	1		0,39	
MP NAACL 0,9% PR FL 10 ML					0819094	4		1,55	
MP NAACL 0,9% PR FL 20 ML					0819102	2		1,16	
MP NAACL 0,9% PR FL 20 ML					0819102	1		0,58	
MINI-PLASCO EAU PR FL 20 ML					0819128	1		0,49	



	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
MINI-PLASCO KCL 1 MEQ/ML 20 ML	0823666	3	2,96
MINI-PLASCO KCL 1 MEQ/ML 20 ML	0823666	36	35,57
ISO-BETADINE UD PR 10 ML	1080233	3	1,99
ISO-BETADINE DERM 125 ML	1112598	2	9,63
ISO-BETADINE DERM 125 ML	1112598	10	48,14
LINISOL 2% INJ PR AMP 10 ML	1205749	1	1,64
LINISOL 2% INJ PR AMP 10 ML	1205749	4	6,56
ISO-BETADINE GEL 100 GR	1522010	10	78,72
ISO-BETADINE SOL HYDRO-ALCOOLI	1690809	2	10,97
VITAMINE-B6 STEROP INJ 2 ML 10	1848589	12	7,01
DAKTARIN SPRAY 8 GR 2%	2051928	3	22,93
DAKTARIN SPRAY 8 GR 2%	2051928	1	7,64
CELOCURINE INJ 2 ML 100 MG	2248706	2	18,62
MINI-PLASCO CA GLUCONATE 10% F	2448066	1	1,28
MINI-PLASCO CA GLUCONATE 10% F	2448066	17	21,72
ADRENALINE TARTR. STEROP INJ 1	2598746	1	1,49
ROPIVACAINE FRESENIUS INJ 20 M	2744829	1	7,45
NORADRENALINE INJ 8 ML 1 MG/ML	2795623	10	36,13
CORSODYL BAIN BOUCHE SOL 300 M	2950434	1	6,53
ADDAVEN INJ 10 ML	3310851	8	24,38
METIBLO STEROP INJ 1 ML 10 MG	3345758	1	2,20
PHENYLEPHRINE AGUETTANT SERING	3412152	3	29,16
VESIERRA INJ 2 ML 50 MG	3964806	1	4,68
EPHEDRINE HCL AGUETTANT SERING	4516027	2	14,01
MAGNESIUMSULFAAT KALCEKS INJ 1	4613071	1	2,43
MAGNESIUMSULFAAT KALCEKS INJ 1	4613089	2	2,32
MAGNESIUMSULFAAT KALCEKS INJ 1	4613089	2	2,32
THIAMINE HCL STEROP INJ 2 ML 2	4620662	6	3,21
ISO-BETADINE UNIWASH SOL 10 ML	4646725	5	3,50
BEFACT FORTE NF COMPR	4785218	4	0,85
MASQUE AEROSOL ADULTE SET 444	7799976	1	1,87
SUPRANE PR INHAL SOL 1 ML FL A	7799992	40	16,20
3.2 Produits parapharmaceutiques			
KALIUM RETARD COMPR 600 MG	7799976	2	0,54
STEROP K AMP 10 ML	7799976	1	0,71
VERBA PANSEM NR 5 PR PCE	7799976	1	74,88
CERAVE HYDRATANT LAIT 473 ML	7799976	1	19,45
ECOTAINER BRAUN NAACL 0,9% 1000	7799976	1	1,18
TENSOPLAST EAB LF ADHESIF PANS	7799976	1	6,78
JELONET 7409 10X10 CM PR PCE	7799976	49	18,32
ECOTAINER BRAUN AQUA ECOTAINER	7799976	1	0,87
JELONET 7459 COMPRESSE 10X40 C	7799976	65	92,09
THERMOMETRE DIGITAL	7799976	1	4,00

Sous-total 3 - Pharmacie | 74,76 | 728,24 | 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				10.566,18		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément						
PRESTATIONS TECHNIQUES						
MASTROIANNI, FRANCOIS	22/07/25	599082	1	19,38	4,96	
GOMBEIR, YANNICK	18/07/25-18/07/25	598205	1	34,27	4,96	
GOMBEIR, YANNICK	19/07/25-19/07/25	598205	1	34,27	4,96	
DUPREZ, FREDERIC	30/07/25	564701	1	25,30	5,50	
DUPREZ, FREDERIC	28/07/25	567206	1	24,55	6,25	
PALIN, BRUNO	23/07/25	564701	1	25,30	5,50	
PALIN, BRUNO	24/07/25	564701	1	25,30	5,50	
PALIN, BRUNO	28/07/25	564701	1	25,30	5,50	
PALIN, BRUNO	29/07/25	564701	1	25,30	5,50	
PALIN, BRUNO	31/07/25	564701	1	25,30	5,50	
PALIN, BRUNO	1/08/25	564701	1	25,30	5,50	
PALIN, BRUNO	4/08/25	564701	1	25,30	5,50	
PALIN, BRUNO	5/08/25	564701	1	25,30	5,50	
PALIN, BRUNO	6/08/25	564701	1	25,30	5,50	

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
PALIN, BRUNO	25/07/25	567206	1	24,55	6,25	
PALLUCCO, CHRISTOPHE	21/07/25	567206	1	24,55	6,25	
PALLUCCO, CHRISTOPHE	22/07/25	567206	1	24,55	6,25	
PALLUCCO, CHRISTOPHE	24/07/25	567206	1	24,55	6,25	
PALLUCCO, CHRISTOPHE	29/07/25	567206	1	24,55	6,25	
DURANT, VALENTIN	23/07/25	567206	1	24,55	6,25	
ANDRE, ELEA AMELIE	26/07/25	567206	1	24,55	6,25	
ANDRE, ELEA AMELIE	27/07/25	567206	1	24,55	6,25	
KINESITHERAPIE						
DUPREZ, FREDERIC	30/07/25	560501	1	24,55	6,25	
DUPREZ, FREDERIC	1/08/25	560501	1	24,55	6,25	
DUPREZ, FREDERIC	4/08/25	560501	1	24,55	6,25	
DUPREZ, FREDERIC	6/08/25	560501	1	24,55	6,25	
PALLUCCO, CHRISTOPHE	31/07/25	560501	1	24,55	6,25	
PALLUCCO, CHRISTOPHE	2/08/25	560501	1	24,55	6,25	
PALLUCCO, CHRISTOPHE	3/08/25	560501	1	24,55	6,25	
PALLUCCO, CHRISTOPHE	5/08/25	560501	1	24,55	6,25	
PALLUCCO, CHRISTOPHE	7/08/25	560501	1	24,55	6,25	
PALLUCCO, CHRISTOPHE	21/07/25	561540	1	5,88	2,00	
PALLUCCO, CHRISTOPHE	2/08/25	561540	1	5,88	2,00	
PALLUCCO, CHRISTOPHE	3/08/25	561540	1	5,88	2,00	
Honoraires entièrement à charge du patient						
DEMIRKILIC, AZIZ						
SONDAGE VESTICALE	20/07/25	900106	1		6,00	
BRAUNER, JONATHAN						
LABO - PRO BNP	20/07/25	990075	1		20,00	
LABO - FIBRI	20/07/25	990158	1		2,50	
EXAMEN PRÉLIMINAIRE URINE	19/07/25	990319	1		0,50	
BOITQUIN, LAURENCE						
LABO - FIBRI	29/07/25	990158	1		2,50	
LABO - FIBRI	30/07/25	990158	1		2,50	
DEMOL, LAETITIA						
RECHERCHE ANTIGENE ADENOVIRUS	5/08/25	990019	1		6,24	
LABO - RECH. AGENTS INFECTIEUX PAR TECHN.	5/08/25	990263	1		9,01	
LABO - RECH. AGENTS INFECTIEUX PAR TECHN.	5/08/25	990263	1		9,01	
LABO - RECH. AGENTS INFECTIEUX PAR TECHN.	5/08/25	990263	1		9,01	
LABO - RECHERCHE ANTIGÈNE LEGIONELLA	5/08/25	990287	1		24,98	
EXAMEN PRÉLIMINAIRE URINE	5/08/25	990319	1		0,50	
FILIPPIN, LORENZO						
LABO - FIBRI	22/07/25	990158	1		2,50	
LABO - FIBRI	24/07/25	990158	1		2,50	
LABO - DOSAGE PROCALCITONINE	24/07/25	990194	1		12,00	
EXAMEN PRÉLIMINAIRE URINE	22/07/25	990319	1		0,50	
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				11.366,64	298,63	0,00
5. Autres fournitures	Code	Nombre		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
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		
Sous-total 5 - Autres fournitures				1.946,88	0,00	0,00
7. Frais divers	Code	Nombre		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)



			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
GRANDE BOUTEILLE EAU	960422	1		2,00	
Libellé des frais divers à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant sans TVA)					
SAVON LIQUIDE	960444	1		1,50	
BONNET PR SHAMPOING	960466	1		4,00	
Sous-total 7 - Frais divers			0,00	7,50	
8. TVA	Statut (10)	Montant hors TVA	%	Montant TVA	A charge du patient TVAC (3)
C.H. EpicURA	BE0842335231	A	5,50	21	1,16
Sous-total 8 - TVA				1,16	
TOTAUX			30.293,20	1.501,44	0,00

TOTAL à payer par le patient 1.501,44

Solde à payer par le patient au compte : BE11 7320 0720 6848 BIC : CREGBEBB 1.501,44
 AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++225/2716/50750+++

- (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.

Numéro de facture : 252716507
Date d'envoi : 23/09/2025
Patient : COTTART, JOELLE

Page gén. : 5496
Page : 6
Référence établissement : 0050677473

=====
|
(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).
=====

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES, VOUS POUVEZ CONTACTER LE SERVICE FACTURATION AU:
+32(0)78/150.170 (LUNDI, MERCREDI de 12h30 à 15h30 ET JEUDI, VENDREDI de 08h00 à 12h00)
