


Numéro INAMI 710/707/12/000

Patient ROUSSEAUX Françoise
Date de naissance 04-01-1963
N° Patient **4477847M** FAQ facturation: www.chuliege.be

Vous avez une question sur le contenu de votre facture ?

Contactez le secteur réclamations :

- par téléphone : 04/323.70.50 (9H-12H30 et 13H30 – 15H30)
- par email : df.reclamations@chuliege.be

Vous souhaitez solliciter un plan de paiement ou un report d'échéance ? Contactez le secteur recouvrement :

- par téléphone : 04/323.70.49 (9H-12H30 et 13H30 – 15H30)
- par email : df.contentieux@chuliege.be

Maître KELECOM Tanguy
RUE DES ÉCOLIERS, 7
4020 LIEGEN° Facture **2212029260**
Date de facture 28/02/2023
N° de Dossier 022153657KN° NISS 63010410835
Mutualité 319000 121/121
Période de facturation 19/09/2022 au 08/12/2022**RESUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE**

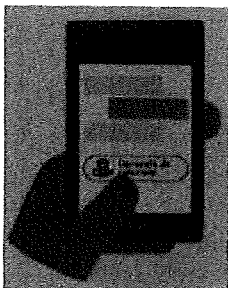
4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs) Vos frais d'honoraires	152,50
Total des frais à charge du patient	152,50
107,5 euros sont facturés à votre mutuelle ou autre institution.	
À verser sur le compte de l'hôpital : BE56096009755288	152,50

A payer avant le 30/03/2023

IBAN BE56 0960 0975 5288 - BIC : GKCCBEBB

152,50 EUR

Communication structurée : +++221/2029/26035+++

**Payez facilement !**Scannez ce code avec l'appareil photo de votre smartphone
et payez facilement et en toute sécurité.
(votre navigateur ouvrira l'environnement de paiement)

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

CONDITIONS GENERALES DE PAIEMENT

- 1 Sauf dérogation écrite, nos factures sont payables dès leur réception. Toutes sommes non payées à leur échéance portent de plein droit et sans mise en demeure intérêts à 12% l'an. Tout rappel édité sera majoré d'une somme forfaitaire de 5 EUR. De plus, en cas où le défaut de paiement se prolongerait au-delà des quatre semaines qui suivent l'échéance, il nous sera dû de plein droit et sans mise en demeure à titre d'indemnité, et outre l'intérêt et le forfait de 5 EUR prévus ci-dessus, une somme égale à 10% du montant impayé avec un maximum de 200 EUR, étant entendu qu'une indemnité de 10% du montant dû avec un maximum de 200 EUR pourrait nous être réclamé en cas de non-exécution fautive de nos obligations.
- 2 Aucune réclamation contre nos factures ne peut être admise si elle n'a pas été formulée, par écrit, dans les quinze jours qui suivent leur réception.
- 3 Toutes contestations entre les parties seront jugées par les tribunaux de Liège.
- 4 Tout rendez-vous qui ne sera pas annulé 24 heures à l'avance sera facturé d'un montant forfaitaire de 20 €.



Pour toute question relative aux factures, n'hésitez pas à consulter notre F.A.Q. à l'adresse web suivante: www.chuliege.be

Handtekening(en)
Signature(s)
Unterschriften(en)

OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT
ORDRE DE VIREMENT
ÜBERWEISUNGSANFTRAG

Gewenste uitvoering <input type="text"/>		Datum in de toekomst / Date d'exécution souhaitée dans le futur / Gewünschtes Ausführungsdatum in der Zukunft <input type="text"/>		Bedrag / Montant / Betrag <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>	CENT <input type="text"/>
Rekening opdracht / Compte donneur d'ordre / Konto des Auftraggebers <input type="text"/>		van / de / vers (IBAN) <input type="text"/>		Bedrag / Montant / Betrag <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>	CENT <input type="text"/>
Naam en adres opdr / Nom et adresse don / Name und Adresse des <input type="text"/>		opdrachtgever / de / ers (IBAN) <input type="text"/>		Bedrag / Montant / Betrag <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>	CENT <input type="text"/>
Rekening begunst / Compte bénéficiaire / Konto des Begünstigten <input type="text"/>		van / de / vers (IBAN) <input type="text"/>		Bedrag / Montant / Betrag <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>	CENT <input type="text"/>
BIC begunstigde / BIC bénéficiaire / BIC Begünstigten <input type="text"/>		van / de / vers (IBAN) <input type="text"/>		Bedrag / Montant / Betrag <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>	CENT <input type="text"/>
Naam en adres be / Nom et adresse bé / Name und Adresse des <input type="text"/>		stigde / éciaire /ünstigten <input type="text"/>		Bedrag / Montant / Betrag <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>	CENT <input type="text"/>
Mededeling / Communication <input type="text"/>		+ . + . + 2 2 1 / 2 0 2 9 / 2 6 0 3 5 + + + <input type="text"/>		Bedrag / Montant / Betrag <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>	CENT <input type="text"/>

DETAIL FACTURE PATIENT

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.

4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Date	Code (9)	Nombre	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires remboursables						
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément chambre individuelle						
BONIVER, CELINE						
BILAN INITIAL	19/09/22	960061	1		30,00	
BILAN INITIAL	19/09/22	960061	1		30,00	
Rééducation 30 min	03/10/22	960061	1		20,00	
Rééducation 30 min	12/10/22	960061	1		20,00	
Rééducation 30 min	26/10/22	960061	1		20,00	
Rééducation 30 min	02/11/22	960061	1		20,00	
COLLARD, MAXINE						
Prescripteur NIZET, JEAN-LUC						
KINE INDIV. +/- 30'	01/12/22	560501	1	21,50	2,50	
KINE INDIV. +/- 30'	02/12/22	560501	1	21,50	2,50	
KINE INDIV. +/- 30'	05/12/22	560501	1	21,50	2,50	
KINE INDIV. +/- 30'	06/12/22	560501	1	21,50	2,50	
KINE INDIV. +/- 30'	07/12/22	560501	1	21,50	2,50	
Sous-total 4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)				107,50	152,50	

TOTAUX	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAL	107,50	152,50	
Restant à payer		152,50	
À verser sur le compte de l'hôpital : BE56096009755288		152,50	

- (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 laquelle une TVA est due (montants sans TVA).
- (4) Supplément: pour l'admission (d'un jour) avec séjour dans une chambre individuelle ce montant est attesté en plus du montant officiel pour la chambre et pour les honoraires (voir annexe à la déclaration d'admission). Le supplément pour la chambre et pour les honoraires pour les prestations effectuées par des médecins, est la conséquence du choix d'une chambre individuelle. Pour les prestations effectuées par d'autres dispensateurs, le supplément d'honoraires est la conséquence du fait que les dispensateurs ne sont pas conventionnés. 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. Ces montants sont totalement à charge du patient.
- (9) Vous pouvez retrouver 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>.

Z6986P-086979-116-0000-16/6