

N° INAMI 71070712000 No. BCE :
N° téléphone 04/366.70.50Nom du patient **ROUSSEAUX Françoise**
RUE HAUTE 11 /B
5500 DINANTRassemblement 220509
Mutualité 319000
N° d'inscription 63010410835 121 121
Pér. de fact. 13/08/2022 au 30/09/2022
Hospitalisé du 13/08/2022 à 02:40
Jusqu'à à

Date facture : 30/09/2022



Maître KELECOM Tanguy

RUE DES ÉCOLIERS, 7

4020 LIEGE

FACTURE PATIENT RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

euros

1. Frais de séjour ou de réadaptation Vos frais d'hospitalisation	299.88
2. Montants forfaitaires facturés (2)	32.36
3. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	4463.21
4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs) Vos frais d'honoraires	36.19
5. Autres fournitures	0.00
7. Frais divers	1.90
Total des frais à charge du patient	4833.54
114599.16 euros sont facturés à votre mutuelle ou autre institution.	
À verser sur le compte de l'hôpital : BE56096009755288	4833.54

N° INAMI 71070712000 No. BCE :
 N° téléphone 04/366.70.50

 Nom du patient ROUSSEAUX Françoise
 NISS 63010410835

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 la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
1.1. Frais de séjour - Hospitalisation ou hospitalisation chirurgicale de jour ou hospitalisation partielle en psychiatrie						
Grands Brulés - 290	13/08/22	30/09/22	49			
Frais de séjour	13/08/22	30/09/22	49	94599.89	299.88	
Prix d'infrastructure (15)	13/08/22	30/09/22	49	1076.04		
Sous-total 1. Frais de séjour ou de réadaptation				95675.93	299.88	0.00

2. Montants forfaitaires facturés (2)	Nombre Jours	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)
Etiologie clinique		1452.50	
Imagerie médicale		93.48	1.98
Service de garde médical et prestations techniques		57.48	
Médicaments : Forfait par admission	1	103.27	
Médicaments : Quote-part personnelle par jour	49		30.38
Sous-total 2. Montants forfaitaires facturés (2)		1706.73	32.36

3. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	Code	Nombre	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
3.1. Médicaments					
Médicaments remboursables			1550.55		
Montant totalement à charge de la mutualité					
Médicament entièrement à charge du patient					
Médicaments non-remboursables					
BUSCOPAN 10 MG COMP	104745	5		0.89	
ISOBETADINE DERM 10% FL 125ML 1ML F/125	1112598	625		22.19	
ISOBETADINE UNIWASH 7.5% UD 1X10ML	1169556	5		1.24	
LINISOL 1% 100MG/10ML AMP INJ (10MG/ML)	1204270	1		1.58	
LINISOL 2% 200MG/10ML AMP INJ (20MG/ML)	1205749	171		280.28	
NAROPIN 40MG/20ML AMP INJ (2MG/ML)	1278157	2		8.82	
IMODIUM INSTANT COMP 1 X 2 MG	1303346	12		3.12	
ISOBETADINE GEL TUBE 100G 1G F/100	1522010	12600		856.80	
SEROQUEL 25 MG COMP	1540632	24		18.52	
ISOBETADINE HYDROALC 5% 125ML 1ML F/125	1690809	125		5.01	
CALCIUM CHLORURE 803MG/11MEQ/10ML AMP IN	1846062	20		25.81	
THIAMINE (VIT B1) 100 MG/2 ML VIAL INJ	1848472	10		5.87	
THIAMINE (VIT B1) 250 MG/2 ML AMP IM/IV	1848480	84		63.00	
MAGNESIUM SULFATE 1G/10ML AMP INJ	2117596	148		172.28	
NEOBACITRACINE POMM 20G 1G F/20	2132926	100		31.95	
ISOBETADINE GEL 10% TUBE 30G F/30	2200640	180		12.24	
D-CURE 25000UT/1ML AMP BUV PER OS	2227105	1		6.14	
NORADRENALINE 0MG/0ML AMP INJ (1MG/ML)	2795623	10		36.13	
HIBIDIL SACH 1 X 15 ML	291971	3		1.90	
EPHEDRINE HCL 30MG/10ML SER PRE (3MG/ML)	2922896	1		6.42	
DIAZEPAM COMP 1 X 10 MG	2993350	16		2.58	
SELENIUM AMP 100MG/10ML	3120201	50		459.56	
ADDAVEN SOL A DIL PERF AMP 1 X 10ML	3310851	34		103.63	
DAPALGAN FORTE 1G COMP EFF	3391273	131		33.77	
MOVICOL UNIDOSE SACH SOL ORALE 25 ML	3459740	8		4.28	
DURATEARS UNG OPHT 3.5 G	37820	9		36.81	
NICOTINELL TTS 20 SYST 14MG/24H	382523	14		37.51	
NICOTINELL TTS-30 SYST 21MG/24H	382531	12		37.66	
NICOTINELL TTS-10 SYST 1 X 7MG/24H	3983194	12		29.58	
MELATONINE PHARMA NORD 3 MG COMP	4131801	54		26.23	
FLAMMAZINE CREME TUBE 50G 5G F/10	42150	10		8.72	

Nom du patient: **ROUSSEAUX Françoise**
 NISS: **63010410835**

 N° INAMI 71070712000 No. BCE :
 N° téléphone 04/366.70.50

TOTAUX	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAL	114599.16	4833.54	0.00
Restant à payer			4833.54
À verser sur le compte de l'hôpital : B256096009755288			4833.54

- (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 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.
- (6) La marge de délivrance est une rétribution destinée au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants et les prothèses, etc.
- (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>.
- (15) Prix d'hébergement : au sens de l'article 2, 4° du Décret du 9 juillet 2017 relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital universitaire (Communauté française).

CONDITIONS GENERALES

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, au 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 parties seront jugées par les tribunaux de Liège.



Les médicaments marqués d'un (*) sur votre facture, vous ont été facturés alors que vous disposez peut-être d'autorisation de remboursement délivrées par le Médecin Conseil de votre mutuelle. Dans ce cas, le montant qui vous a été facturé pourra être remboursé par votre mutuelle sur présentation du présent document.

Paiement via étranger
 COMPTE IBAN : BE56 0960 0975 5288
 Code BIC : GKCCBEBB
 Belfius Banque
 Rue Charles Rogier 11
 1210 Bruxelles

Voir conditions générales au verso

Handtekening(en)
 Signature(s)

OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT
 ORDRE DE VIREMENT

03

*In vulling met de hand, één HOOFDLETTER of cijfer in zwart (of blauw) per vakje
 compléter à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case*

gewenste uitvoeringsdatum in de toekomst / Date d'exécution souhaitée dans le futur

Bedrag / Montant	EUR	CE
	4833	54

Handtekening opdrachtgever (IBAN)
 Compte donneur d'ordre (IBAN)

Namen en adres opdrachtgever
 Nom et adresse donneur d'ordre

Handtekening begunstigde (IBAN)
 Compte bénéficiaire (IBAN)

BE56 0960 0975 5288

Handtekening begunstigde
 Compte bénéficiaire

GKCCBEBB

Namen en adres begunstigde
 Nom et adresse bénéficiaire

CHU SART-TILMAN
 DOMAINE DU SART TILMAN, B35
 4000 LIEGE

Handtekening
 Communication

++220/9016/04427+++