



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 ou hospitalisation partielle en psychiatrie				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)			
Service	du	au	Jours						
490 - Frais de séjour	30/12/25 00h	30/12/25 11h	1	1.860,15	34,30				
Sous-total 1 - Frais de séjour				1.860,15	34,30	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	592001			19,55					
	591080			57,40					
	591603			29,57	7,44				
Honoraires imagerie médicale	460784			37,80					
	460821			14,72	6,20				
Honoraires service de garde médical et prestations techniques	590181			33,04					
	590203			33,04					
	700000			16,40	16,40				
Médicaments : Forfait par admission	756000			111,10					
Médicaments : Quote-part pers. par jour	750002		1		0,62				
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés				319,82	30,66	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 non remboursables									
VESIERRA INJ 10 ML 250 MG	3964798		1		21,28				
3.2 Produits parapharmaceutiques									
ATTELLE FIXATION POUR PERF ENF	7799976		1		9,55				
Sous-total 3 - Pharmacie						0,00	30,83	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							345,45		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément									
ART 25 : HON. SURV. ET/OU SOINS URGENTS									
WILLEMS, ARIANE	30/12/25-30/12/25	598146	1	22,55	4,96				
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins							368,00	4,96	0,00
7. Frais divers				Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)	
LOC LIT APPOINT	960201		1		18,09				

	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Sous-total 7 - Frais divers	0,00	18,09	
TOTAUX	2.547,97	118,84	0,00
TOTAL à payer par le patient			118,84
Solde à payer par le patient au compte :	BE84 0969 2088 3059	BIC : GKCCBEBB	118,84
	AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++425/2048/10445+++		

- (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>.

Certaines prestations sont exemptées de TVA en vertu de l'article 44 du Code de la TVA