

**Questionnaire Accident**

A renvoyer à : DKV Belgium S.A – Rue de Lozum 25 – 1000 Bruxelles.

1. Vos informations personnelles*

N° de police :	<u>269823241</u>	N° d'inscription (si police groupe) :	_____
N° Medi-Card :	<u>0739-00277574-67</u>	Date de naissance :	<u>29/05/1954</u>
Nom et prénom :	<u>GRIMARD FRANCOISE</u>		
Sexe :	<u>F</u>		

**2. Renseignements complémentaires**

Type d'accident privé / professionnel / scolaire / sportif (comme membre d'un club): _____

Date : 08/09/2020 **Heure :** 11 h

Nature des lésions :
fracture de l'épave Bras Gauche

Nature du traitement :
Ostéosynthèse sous Anesthésie générale

Lieu, causes et circonstances de l'accident :
Chute à vélo à Marche

Une tierce personne est-elle impliquée : oui / non
Si oui, merci d'indiquer son nom, son adresse, son n° de police d'assurance et les coordonnées de son assureur :

Un PV de police a-t-il été établi ? : oui / non
Si oui, merci d'indiquer le numéro de PV et le service de police qui l'a rédigé :
Numéro de PV : _____
Police de : _____

Coordonnées du club sportif/école/crèche/autre organisation ... où a eu lieu l'accident :

Merci d'indiquer nom, n° de police d'assurance et les coordonnées de l'assureur :

* Pour plus d'informations sur la protection de vos données personnelles, veuillez consulter notre politique de confidentialité sur notre site www.dkv.be.Pour remplir ce formulaire en ligne,
rendez-vous sur <https://www.dkv.be/fr/questionnaire-accident>



Clinique Saint Luc
ASBL Santé & Prévoyance

Rue Saint-Luc 8
5004 Bouge

N° INAMI 71070613000
N° entreprise 0407961214

GRIMARD FRANCOISE
RUE DES QUAIRES(WAL) 19
5650 WALCOURT

Nom patient	GRIMARD FRANCOISE		
N° du patient	645102	Date d'expédition	13-11-2020
Numéro de facture	2009000250	Dossier	14777372
Date de naissance	29-05-1954	Renseignements	081 20 93 82
		Numéro d'envoi	200509
		Mutualité	134000
		N°inscription	54052905055
		Hospitalisation du	au
		Periode de fact.	18-09-2020 au 18-09-2020

Facture d'hospitalisation

RESUMÉ DES FRAIS

1. Frais de séjour Vos frais d'hospitalisation	0,00
4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs) Vos frais d'honoraires	38,92
5. Autres fournitures	15,86
Total des frais à charge du patient	54,78
165,01 euros sont facturés à votre mutuelle	
À verser sur le compte de l'hôpital : BE81732006942524	54,78

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	Du	Au	Nombre	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
1.2. Frais de séjour - Hospitalisation de jour 1.2.3. Salle de plâtre	18/09/20	18/09/20	1	31,49		
Sous-total 1. Frais de séjour				31,49		

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 entièrement à charge de la mutualité				80,75		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément chambre individuelle						
Docteur OPSOMER, GAETAN Consultation spécialiste accrédité	18/09/20	102535	1		26,78	
Docteur ELSEN, MARC Prescripteur POTTIER, MORGANE	18/09/20	592955	1	23,77	8,70	
Honoraire forfaitaire biologie clinique Docteur VAN DEN BROECK, STEPHANE Prescripteur Docteur OPSOMER, GAETAN	18/09/20	455033	1	12,67	1,72	
Radiographie main ou poignet Radiographie du coude et du bras	18/09/20	455092	1	12,67	1,72	
Sous-total 4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)				129,86	38,92	

5. Autres fournitures	Code	Nombre	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	
DEMARET, SYLVIE PLATRE BRAS ADU	690336	1	3,66	15,86	
Sous-total 5. Autres fournitures			3,66	15,86	

TOTAUX	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAL	165,01	54,78	
Restant à payer		54,78	
À verser sur le compte de l'hôpital : BE81732006942524		54,78	

(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>.

A 3 B.L. Santé Prévoyance
Rue St-Luc, 8
5004 BOUGE
710/706/13/000
0407961214

35837077

N° du document : 34
Réf. Etablissement 2009000250
Envoi n° (S.E.) : 14777372
N° Compte financier :
N° Téléphone :

B2482P002852-810-0000-[6/6]

COMPLETEZ CHESSOUS OU APOSER UNE VIK
Nom et prénom du patient : GRIMARD MC 134
Organisme assureur : 134000
NISS : 54052501
Adresse du patient : RUE DES 130/130

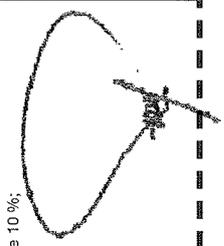
GRIMARD FRANCOISE
RUE DES QUAIRES 19
5630 WALCOURT
540529 050 55 NISS

Nom et prénom du patient: GRIMARD FRANCOISE
Le patient est hospitalisé/Ambulant : Ambulant
N° d'identification du patient : 645102
N° de l'établissement hospitalier : WALCOURT 71070613000
Service : 710

ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES

		Honoraires							
Date prestation	Numéro prestation	N (1)	CD L/A/S (2)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date prescription	A charge O.A.	A charge patient	Total
150720	102535			19614586480 OPSOMER, GAETAN			14,78	12,00	26,78
Si vous transmettez cette attestation à votre mutuelle une partie du montant à votre charge vous sera remboursée.									

(1) Code norme : N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; 1 = Aide opératoire 10 %;
2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %.
(2) C.D. = Code de la dent traitée.
L/A/S = Référence au laboratoire ou appareillage ou service agréé.



Total en euro 14,78 12,00 26,78

Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées dont le nom figure en regard de chacune d'elles.
Date, nom, qualité et numéro d'identification INAMI du signataire.

Docteur FROGNER RICHARD
178127419/520 09-11-2020

Codification L/A/S en (2)
LIA/S - 1 :
LIA/S - 2 :
LIA/S - 3 :

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE : 0407961214
Date :
Signature

Reçu la somme de : 0,00 EUR.