

Identification de l'hôpital
Grand Hôpital de Charleroi
S Joseph, S Thérèse, IMTR, ND, RF

Patient : GRIMARD, FRANCOISE
RUE DES QUAIRES(WAL) 19
B-5650 WALCOURT

Avenue du Centenaire 73
6061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE
Numéro I.N.A.M.I. : 7/10010/30/000
Numéro BCE : 0894384837
Téléphone : 071/10.80.00

GRIMARD, FRANCOISE

Numéro de facture : 224498243
Date de facture : 31/01/2022
Date d'envoi : 2/03/2022
Numéro de dossier : 0004686449

RUE DES QUAIRES(WAL) 19
B-5650 WALCOURT

Date de naissance : 29/05/1954
Mutualité : 134/54052905055 (130/130)
Soins du : 4/01/2022
au : 4/01/2022

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 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 : adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Stat. Disp. (1)	Admission	Date	Code (4)	Nbre	A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
Honoraires remboursables								
Honoraires entièrement à charge de la mutualité						45,84		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité								
Demandé par : GEHENOT, MYRIAM								
CORNET, PHILIPPE								
RADIOLOGIE								
CORNET, PHILIPPE								
	C	0018424793	4/01/22	459572	1	135,96	2,48	
	C	0018424793	4/01/22	460795	1	20,64	7,44	
Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins						202,44	9,92	0,00
2. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux		Admission	Date	Code	Nbre	A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
2.1. Médicaments								
Médicaments remboursables								
Montant médicaments en partie à charge du patient								
ULTRAVIST 370 FL 500 ML						21,14	8,29	
Sous-total 2 - Pharmacie						21,14	8,29	0,00
TOTAUX						223,58	18,21	0,00
TOTAL à payer par le patient								18,21
Vous avez déjà payé un acompte de								9,92
Solde à payer par le patient au compte :								8,29
						BE74 7955 6816 9607	BIC : GKCCBEBB	
						AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++622/4498/24395+++		

- (1) Conventionné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention.
Partiellement conventionné (PC) : le dispensateur est certains jours lié aux tarifs fixés dans la convention.
Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet.
Non conventionné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention.
- (2) 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)
- (3) Supplément : est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Ces montants peuvent être facturés par des médecins non-conventionnés ou partiellement conventionnés et sont entièrement à charge du patient.
- (4) 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

S8164P029076-114-0000-1231

Numéro de facture : 224498243
Date d'envoi : 2/03/2022
Patient : GRIMARD, FRANCOISE

Page gén. : 45604
Page : 2
Référence établissement : 0004686449

Modalités de paiement :

Toute somme due non payée dans les 15 jours de la date de réception de la facture sera majorée de plein droit et sans mise en demeure, d'une indemnité forfaitaire de 15% de la dite somme avec un minimum de 20 euros.
Ce montant majoré est productif d'intérêts de plein droit et sans mise en demeure au taux légal autorisé par la loi, chaque mois entamé étant considéré comme un mois complet.
Toute somme due et non contestée par le Service Financier Patients qui ne serait pas remboursée au patient à l'issue d'une période de 2 mois à dater de la réclamation écrite lui donnera droit à une indemnité forfaitaire de 15% de la dite somme avec un maximum de 20 euros.
En cas de litige, seuls les tribunaux de Charleroi sont compétents.

0 3

8 , 2 9

GRIMARD, FRANCOISE
RUE DES QUAIRES(WAL) 19
5650 WALCOURT

B E 7 4 7 9 5 5 6 8 1 6 9 6 0 7

G K C C B E B B

GRAND HOPITAL DE CHARLEROI
AVENUE DU CENTENAIRE 73
6061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE

T

Identification de l'hôpital
 CHU UCL NAMUR
 SITE GODINNE

Patient : GRIMARD, FRANCOISE
 RUE DES QUAIRES(WAL) 19
 5650 WALCOURT

AVENUE DOCTEUR G. THERASSE, 1
 5530 YVOIR
 Numéro I.N.A.M.I. : 7/10039/01/000
 Numéro BCE : 0641733885
 Téléphone : 081/42.26.70

GRIMARD, FRANCOISE

Numéro de facture : 214739970
 Date de facture : 31/12/2021
 Date d'envoi : 11/02/2022
 Numéro de dossier : 0001631734

RUE DES QUAIRES(WAL) 19
 5650 WALCOURT

Date de naissance : 29/05/1954
 Mutualité : 134/54052905055 (130/130)
 Soins du : 16/12/2021
 au : 22/12/2021

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 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 : adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Stat. Disp. (1)	Admission	Date	Code (4)	Nbre	A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
Honoraires remboursables								
Honoraires entièrement à charge de la mutualité						182,25		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité								
Demandé par : GRAUX, CARLOS DENIS, OLIVIER MEDECINE INTERNE	C	0301055171	16/12/21	593110	1	22,20	15,67	
GEHENOT, MYRIAM ANATOMO PATHOLOGIE ET EXAMENS GENETIQUES	NC	0301062214	22/12/21	473056	1	123,00	8,68	
Demandé par : GEHENOT, MYRIAM POP, CLAUDIA CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS	C	0301062214	22/12/21	588011	1	59,89	8,68	
GEHENOT, MYRIAM	NC	0301062214	22/12/21	102616	1	28,55	12,00	
Honoraires entièrement à charge du patient								
GEHENOT, MYRIAM PHENOMENE PULSATILE	NC	0301062214	22/12/21	099234	1		6,66	
Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins						415,89	51,69	0,00

2. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	Admission	Date	Code	Nbre	A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
2.1. Médicaments							
Médicaments non remboursables XYLOCAINE 10% 50 ML SPRAY /1ml		0301062214	22/12/21	0253336	2		0,71

SS213PO33708+120-0000-1271

					A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
2.3. Implants, prothèses et dispositifs médicaux non implantables							
Produits remboursables							
PINCE PRELEV.ENDOSCOPIQUE BIOPSIE TR	0301062214	22/12/21	158233	1	6,91	8,44	
Marge de délivrance (6)	0301062214	22/12/21				1,53	
Sous-total 2 - Pharmacie					6,91	10,68	0,00
TOTALX					422,80	62,37	0,00
TOTAL à payer par le patient							62,37
Solde à payer par le patient au compte :					BE67 0012 9248 5287 BIC : GEBABEBB AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++721/4739/97056+++		62,37

- (1) Conventienné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention.
 Partiellement conventienné (PC) : le dispensateur est certains jours lié aux tarifs fixés dans la convention.
 Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet.
 Non conventienné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention.
- (2) 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)
- (3) Supplément : est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Ces montants peuvent être facturés par des médecins non-conventiennés ou partiellement conventiennés et sont entièrement à charge du patient.
- (4) 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>.
- (6) La marge de délivrance est une rétribution destinée au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants et les prothèses, etc.

Identification de l'hôpital
 CHU UCL NAMUR
 SITE GODINNE

Patient : GRIMARD, FRANCOISE
 RUE DES QUAIRES(WAL) 19
 5650 WALCOURT

AVENUE DOCTEUR G. THERASSE, 1
 5530 YVOIR
 Numéro I.N.A.M.I. : 71003901000
 Numéro BCE : 0641733885
 Téléphone : 081/42.26.70

Numéro de facture : 212291438
 Date de facture : 31/12/2021
 Date d'envoi : 11/02/2022
 Numéro d'admission : 0301069852
 Numéro de dossier : 0001631734
 Date de naissance : 29/05/1954
 Mutualité : 134/54052905055 (130/130)
 Soins du : 30/12/2021
 au : 30/12/2021

GRIMARD, FRANCOISE
 RUE DES QUAIRES(WAL) 19
 5650 WALCOURT

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)		
Vos frais d'honoraires		12,00
Total des frais à charge du patient		12,00
Facturé à votre mutuelle	50,74	

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER	BE67 0012 9248 5287 BIC : GEBABEBB	12,00
	AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++721/2291/43895+++	

SS213P033708-12D-0000-17/7

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.

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 partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS GRAUX, CARLOS	30/12/21	102336	1	50,74	12,00	
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				50,74	12,00	0,00
TOTAUX				50,74	12,00	0,00
TOTAL à payer par le patient						12,00
Solde à payer par le patient au compte :				BE67 0012 9248 5287 BIC : GEBABEBB AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++721/2291/43895+++		12,00

- (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>.
- (12) Prix d'hébergement : au sens de l'article 2, 4° du Décret du 19 juillet 2017 relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital universitaire (Communauté française).

Identification de l'hôpital
 CHU UCL NAMUR
 SITE GODINNE

Patient : GRIMARD, FRANCOISE
 RUE DES QUAIRES(LLES)(WAL) 19
 5650 WALCOURT

AVENUE DOCTEUR G. THERASSE, 1
 5530 YVOIR
 Numéro I.N.A.M.I. : 71003901000
 Numéro BCE : 0641733885
 Téléphone : 081/42.26.70

Numéro de facture : 212290316
 Date de facture : 31/12/2021
 Date d'envoi : 11/02/2022
 Numéro d'admission : 0301045692
 Numéro de dossier : 0001631734
 Date de naissance : 29/05/1954
 Mutualité : 134/54052905055 (130/130)
 Soins du : 9/12/2021
 au : 9/12/2021

GRIMARD, FRANCOISE
 RUE DES QUAIRES(LLES)(WAL) 19
 5650 WALCOURT

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

2. Montants forfaitaires facturés (2)	15,67
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)	2,74
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)	21,37
Vos frais d'honoraires	39,78
Total des frais à charge du patient	39,78
Facturé à votre mutuelle	219,98

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER 39,78

BE67 0012 9248 5287 BIC : GEBABEBB
 AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++721/2290/31640+++

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.

2. Montants forfaitaires facturés (2)		Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)		
Honoraires biologie clinique	593110		22,20	15,67			
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés			22,20	15,67	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 XYLOCAINE 2% 20 ML FL	0137562	20		2,74			
Sous-total 3 - Pharmacie			0,00	2,74	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					105,23		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément							
PRESTATIONS TECHNIQUES MEDICALES							
VELLEMANS, HELENE	9/12/21	355692	1	41,81	7,37		
CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS	9/12/21	102336	1	50,74	12,00		
VELLEMANS, HELENE							
Honoraires entièrement à charge du patient							
HUANG, TE-DIN DANIE	9/12/21	097552	1		2,00		
QUANTIFICATION PLAQUETTAIRE SUR TUBE CITRA							
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins			197,78	21,37	0,00		
TOTAUX			219,98	39,78	0,00		
TOTAL à payer par le patient					39,78		
Solde à payer par le patient au compte :					39,78		
BE67 0012 9248 5287 BIC : GEBABEBB							
AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++721/2290/31640+++							



Payé 12/1/22

LIÈGE

 37, rue Bureau
 B-4620 Fléron
 04 227 15 15

NAMUR

 133, rue J. Durieux
 B-5001 Namur
 081 200 900

 patient@laboreunis.be
 www.laboreunis.be


JJBEA1100900243561280

 GRIMARD FRANÇOISE
 Rue des Quairelles(Wal) 19

5650 WALCOURT

FACTURE

Prescription du 06/12/2021
Recue le 06/12/2021
par le Docteur MOONS CLAIRE
N° de demande 215011293
Facture n° 22004735

le 06/01/2022

CODE	LIBELLE	MONTANT PAR [O.A.]	A PAYER PAR LE PATIENT
127013	Hémoglobine	0.32	
127116	Plaquettes	0.32	
554455	Dosage des D-Dimères	3.23	
554610	FIBRINOGENE	0.65	
125134	TGO-TGP	1.01	
540330	CREATININE	0.56	
551530	Epstein-Barr - anticorps IgG	2.02	
551331	Cytomegalovirus IgG	2.05	
593014	Honoraires forfaitaires	22.78	12.96

CODE	LIBELLE	MONTANT PAR [O.A.]	A PAYER PAR LE PATIENT
127190	Formule hémoleucocytaire	0.65	
127131	RETICULOCYTES	0.56	
541052	Dos CRP	0.81	
540956	PROT. TOTALES	0.40	
541892	CGT	0.65	
125016	Acide urique	0.48	
551552	Epstein-Barr - anticorps IgM	2.42	
551316	CYTOMEGALOVIRUS IGM	2.46	
592992	Supplément dispensateurs accrédités	0.51	

 Montant à charge
 de l'Organisme Assureur (OA) € 41.88

A PAYER 12.96 €
 TOTAL A CHARGE DU PATIENT

ATTENTION : Nouveau numéro de compte

 à payer sur le compte bancaire
BE63 0689 4029 6708
REFERENCE A RAPPELER OBLIGATOIREMENT LORS DU PAIEMENT
+++012/2004/73575+++

Ce montant représente le ticket modérateur et les frais non pris en charge par votre mutuelle. Veuillez effectuer votre paiement dans les 15 jours, date de réception. Veuillez mentionner la communication reprise sur le bulletin de virement. Le détail des prestations est consultable à l'adresse suivante <http://www.inami.fgov.be/fr/programmes-web/Pages/NomenSoft.aspx>

