

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

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

Avenue du Centenaire 73
 6061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE
 Numéro I.N.A.M.I. : 71001030000
 Numéro BCE : 0894384837
 Téléphone : 071/10.80.00

Numéro de facture : 202895347
 Date de facture : 30/09/2020
 Date d'envoi : 5/11/2020
 Numéro d'admission : 0017094456
 Numéro de dossier : 0004686449
 Date de naissance : 29/05/1954
 Mutualité : 134/54052905055 (130/130)
 Soins du : 9/09/2020 à 13 h 53
 au : 9/09/2020 à 16 h 07

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		21,47
Total des frais à charge du patient		21,47
Facturé à votre mutuelle	140,12	

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER	BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB	21,47
	AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++620/2895/34769+++	

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								
1.2. Frais de séjour hospitalisation de jour				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)		
1.2.3. Forfait salle de plâtre				9/09/20	31,49			
Sous-total 1 - Frais de séjour				31,49	0,00	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				74,87				
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément PRISE EN CHARGE SERV.URGENCES THYS, FREDERIC				9/09/20	590553	1	22,22	21,47
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				97,09	21,47	0,00		
5. Autres fournitures								
	Code	Nombre		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)		
PLATRE - MEMBRES SUPERIEURS : POIGNET ET AVAN				690314		3,94		
PLATRE - MEMBRES SUPERIEURS : POIGNET ET AVAN				690314		3,94		
PLATRE - MEMBRES SUPERIEURS : BRAS				690336		3,66		
Sous-total 5 - Autres fournitures				11,54	0,00	0,00		
TOTAUX				140,12	21,47	0,00		
TOTAL à payer par le patient						21,47		
Solde à payer par le patient au compte :						21,47		
BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB								
AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++620/2895/34769+++								

Radiologie
RECU

EXTERNEPaiement : **Bancontact****Renseignements du patient**

GRIMARD FRANCOISE (4686449)
 RUE DES QUAIRES (WAL) 19
 5650 WALCOURT
 Née le 29/05/1954

Renseignements mutuelle

OA : M.CHRETIENNE NAMUR
 CT1 : 130 CT2 : 130 Titulaire :

Méd. Tr. : MOONS CLAIRE

Méd. Dem. : VERHELLE CHARLES-EDOUARD

Examens

Demande 4321480 du 15/10/2020 - Examens prescrits par le Dr VERHELLE CHARLES-EDOUARD le 15/10/2020

Prestations/Produits	Prestataire	Montant
704536 DEPO-MEDROL SER 40MG/1ML	1-89775-54-930 - BEAUWENS JONATHAN	0.83 €
1204270 MINIPLASCO LINISOL 10ML 1%	1-89775-54-930 - BEAUWENS JONATHAN	1.58 €
1080233 ISO-BETADINE DERMIQUE MP 10ML	1-89775-54-930 - BEAUWENS JONATHAN	0.62 €
8034 INFILTRATION SOUS IMAGERIE	1-89775-54-930 - BEAUWENS JONATHAN	25.75 €
460294 ECHO. BIDIMENSIONNELLE D'UN OU DE PLUSIEURS MEMBRES	1-89775-54-930 - BEAUWENS JONATHAN	2.48 €
460795 HONOR.CONSULTANCE ACCREDITE.EXT	1-89775-54-930 - BEAUWENS JONATHAN	7.44 €
Sous-total		38,70 €

 POT: 01781883
 TICKET CLIENT

 GHDC RADIO IMTR
 LOVERVAL

 Terminal: 01781883 Commercant: 01781883
 Periode: 0573 Transaction: 00017773
Bancontact

(A0000001761010)

Carte: xxxxxxxxxxxxxx3000

Numero de sequence carte: 2

 PAIEMENT
 Date: 15/10/2020 15:49

Code d'autorisation: ACA02F

WORLDLINE

Total: 38,70 EURLecture: Puce
CODE OK
MERCI
AU REVOIR

Total	38,70 €
<i>Montant pris en charge par l'O.A.</i>	48,21 €
<i>Ticket modérateur non remboursé par la mutuelle.</i>	

N.D.INFI

N.D.INFI

rue de Beaupont, 11
5630 SILENRIEUX

Téléphone :

Banque : BE22 8601 1841 4447 (NICABEBB)

Numéro BCE : 0849.183.233

Inami : 4/96446/97/401

Responsable : DELWART Nathalie

Relevé de prestation N° P012005769 du 30/09/2020

GRIMARD FRANCOISERue des Quairelles, 19
5650 WALCOURTDonnées Patient :

GRIMARD FRANCOISE (54052905055, 130/130)

Données prestataires

1 4/96446/97/401 DELWART N. Conv.

Soins infirmiers à domicile remboursables

Date	Libellé de la prestation	Code	Séance	Prest.	A charge OA	A charge Patient	Suppl.
28/09/2020	PREMIERE PRESTATION DE BASES	425014	1	1	3,13	1,04	0,00
	SOINS PLAIES SIMPLE	424336	1	1	5,19	1,73	0,00
Total					8,32 (1)	2,77 (2)	0,00 (3)
A Payer (2+3)					2,77 € (A)		

Total à payer (A)**2,77 €**

N.D.INFI

N.D.INFI

rue de Beaupont, 11
5630 SILENRIEUX

Téléphone :

Banque : BE22 8601 1841 4447 (NICABEBB)

Numéro BCE : 0849.183.233

Inami : 4/96446/97/401

Responsable : DELWART Nathalie

Données Patient :

GRIMARD FRANCOISE (54052905055, 130/130)

Relevé de prestation N° P012005807 du 31/10/2020

GRIMARD FRANCOISERue des Quairelles, 19
5650 WALCOURTDonnées prestataires

1 4/96446/97/401 DELWART N. Conv.

Soins infirmiers à domicile remboursables

Date	Libellé de la prestation	Code	Séance	Prest.	A charge OA	A charge Patient	Suppl.
05/10/2020	PREMIERE PRESTATION DE BASES	425014	1	1	3,13	1,04	0,00
	SOINS PLATES SIMPLE	424336	1	1	5,19	1,73	0,00
Total					8,32 (1)	2,77 (2)	0,00 (3)
A Payer (2+3)					2,77 € (A)		

Total à payer (A)**2,77 €**

BOLLE Jean-Nicolas
Rue du Paradis , 23
5651 THY-LE-CHATEAU
071/61.30.44
IBAN : BE36 0688 9260 9181
BIC : GKCCBEBB
N° Inami : 4-56187-04-401

09/10/2020

Période de facturation : 09/2020

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

Madame, Monsieur,

Je vous prie de trouver ci-dessous le détail de mes honoraires pour vos soins infirmiers.

<u>Facture</u>	<u>Date</u>	<u>Prestation</u>	<u>O.A.</u>	<u>Patient</u>	<u>Total</u>
12169	23/09/2020	424336	5,19 €	1,73 €	6,92 €
12169	23/09/2020	425014	3,13 €	1,04 €	4,17 €
12169	25/09/2020	424336	5,19 €	1,73 €	6,92 €
12169	25/09/2020	425014	3,13 €	1,04 €	4,17 €
12169	30/09/2020	424336	5,19 €	1,73 €	6,92 €
12169	30/09/2020	425014	3,13 €	1,04 €	4,17 €
Total :			24,96 €	8,31 €	33,27 €

Total à payer : 8,31 €

BOLLE Jean-Nicolas 8,31 €

· Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

BOLLE Jean-Nicolas

**SRL Pharmacie DE
GROOTE**
DE GROOTE Helene

Grand'place 38 Tel: 071/61.14.76
5650 WALCOURT Fax: 071/61.14.76
pharmacievalcourt@gmail.com
N° APB: 938801 BCE : 0425869491

Identification du patient :

GRIMARD FRANCOISE
134/130/130 54052905055

ATTESTATION DE PRESTATIONS

**PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES DANS LE
CADRE D'UNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE**

Prescrit par : RAAD MATHIEU

N° d'identification INAMI : 17852948048

PRODUITS DELIVRES

Sur l'ordonnance n° 429623

Cnk	Qt	Produits	PP	Payé
1754241	1	Cosmopor e pans ster adh	15.89	15.89
0817718	1	Upsa-c eff 1 g tabl-20	4.86	4.86
Totaux			20.75	20.75
Total *w				0.00

Date d'exécution : 22/09/2020
(Signature du pharmacien)

* Cette attestation a été délivrée à la demande
expresse du patient.
* Attestation à transmettre à l'institution chargée de
l'intervention relative aux prestations
pharmaceutiques, éventuellement accompagnée du document
officiel propre à l'organisme assureur.
* Les informations reprises dans cette attestation sont
utilisées en vue de la gestion d'une assurance
complémentaire. La loi sur la protection de la vie
privée (loi du 8 décembre 1992) vous donne le droit de
connaître les informations contenues dans notre fichier
de données vous concernant. Vous pouvez également
demander que l'on corrige ou supprime des données
erronées. Si vous désirez des informations au sujet du
traitement de ces données, adressez-vous à la
Commission de la Protection de la Vie privée.

Doc.: BVAC

**SRL Pharmacie DE
GROOTE**
DE GROOTE Helene

Grand'place 38 Tel: 071/61.14.76
5650 WALCOURT Fax: 071/61.14.76
pharmacievalcourt@gmail.com
N° APB: 938801 BCE : 0425869491

Identification du patient :

GRIMARD FRANCOISE
134/130/130 54052905055

ATTESTATION DE PRESTATIONS

**PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES DANS LE
CADRE D'UNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE**

Prescrit par : RAAD MATHIEU

N° d'identification INAMI : 17852948048

PRODUITS DELIVRES

Sur l'ordonnance n° 429624

Cnk	Qt	Produits	PP	Payé
0192294	1	Sterilux es1 cp ster 8pl 5,0x	3.10	3.10
Totaux			3.10	3.10
Total *				0.00

Date d'exécution : 22/09/2020

(Signature du pharmacien)

* Cette attestation a été délivrée à la demande
expresse du patient.
* Attestation à transmettre à l'institution chargée de
l'intervention relative aux prestations
pharmaceutiques, éventuellement accompagnée du document
officiel propre à l'organisme assureur.
* Les informations reprises dans cette attestation sont
utilisées en vue de la gestion d'une assurance
complémentaire. La loi sur la protection de la vie
privée (loi du 6 décembre 1992) vous donne le droit de
connaître les informations contenues dans notre fichier
de données vous concernant. Vous pouvez également
demander que l'on corrige ou supprime des données
erronées. Si vous désirez des informations au sujet du
traitement de ces données, adressez-vous à la
Commission de la Protection de la Vie privée.

Doc.: BVAC

Identification du patient :
Grimard, Françoise

**ATTESTATION DE PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES
REMBOURSABLES DANS LE CADRE D'UNE ASSURANCE
COMPLEMENTAIRE**

N° INAMI du médecin : 1.93307.14.004
Nom du médecin prescripteur : MOONS CLAIRE

PRODUITS DELIVRES ORD N° 523858

CNK	Nom du produit	Prix (€)	
		Public	Payé
0000205	1 TM HOMÉO AUTRES DIVERS	4.00	4.00 *
0000205	1 TM HOMÉO AUTRES DIVERS	7.00	7.00 *

Totaux : 11.00 11.00
Total * : Homéo 11.00 11.00

Date de délivrance : 18/09/2020
Identification : Tit- Squélard Aurore
N° APB de l'officine PHARMACIE SQUELARD 937 101 01
Pharm BCE Nr : Grand Rue, 17 473132643
Signature du pharmacien 951 SOMZEE
Tél. & Fax : 071 21 48 46

- Cette attestation a été délivrée à la demande expresse du patient. APB : 937101
- Attestation à transmettre à l'institution chargée de l'intervention relative aux prestations pharmaceutiques, éventuellement accompagnée du document officiel propre à l'organisme assureur.
- Les informations reprises dans cette attestation sont utilisées en vue de la gestion d'une assurance complémentaire. La loi sur la protection de la vie privée (loi du 8 décembre 1992) vous donne le droit de connaître les informations contenues dans notre fichier de données vous concernant. Vous pouvez également demander que l'on corrige ou supprime des données erronées. Si vous désirez des informations au sujet du traitement de ces données, adressez-vous à la Commission de la protection de la Vie privée.

18/09/2020

BVAC F