

Godinne

Avenue Docteur G. Thérasse, 1
5530 Yvoir - Belgique
www.chuucnamur.be

FACTURATION

Direction administrative
et financière



Ca-W1-L9

Exp. CHU UCL Namur, Site Godinne, av. Docteur G. Thérasse 1, B5530 Yvoir

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

Z3022-111-006025

Yvoir, le 26/01/2023

Concerne : votre facture n° 224058368

Madame, Monsieur,

Vous trouverez, ci-joint, votre facture établie conformément au format imposé par la législation. Les conditions et modalités de paiement sont reprises au verso de ce courrier.

Nous vous invitons à utiliser les informations du bulletin de virement ci-dessous en prenant soin de mentionner la même communication structurée pour assurer l'attribution du paiement au patient concerné.

Nous vous remercions pour votre confiance, et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Une question ?

SUR LE CONTENU DE VOTRE FACTURE

+32 (0)81 42 26 70
facturation.g@chuucnamur.uclouvain.be

Du lundi au vendredi,
de 8h30 à 12h et de 13h à 16h

SUR LE PAIEMENT DE VOTRE FACTURE

+32 (0)81 42 26 11
compta.g@chuucnamur.uclouvain.be

Du lundi au vendredi,
de 8h30 à 12h et de 13h à 16h



P 07/02 FR

Handtekening(en)
Signature(s)
Unterschrift(en)

OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT
ORDRE DE VIREMENT
ÜBERWEISUNGSAUFTRAG

Bij invulling met de hand, één HOOFDLETTER of cijfer in zwart (of blauw) per vakje.
Si remplissage à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case.
Beim Ausfüllen mit der Hand ein GROSSBUCHSTABE oder Zahl in schwarz (oder blau) pro Feld.

Gewenste uitvoeringsdatum in de toekomst / Date d'exécution souhaitée dans le futur / Gewünschtes Ausführungsdatum in der Zukunft

Bedrag / Montant / Betrag

EUR 3 8 5 2

Rekening opdrachtgever (IBAN) / Compte donneur d'ordre (IBAN) / Konto des Auftraggebers (IBAN)

Naam en adres opdrachtgever / Nom et adresse donneur d'ordre / Name und Adresse des Auftraggebers

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

Rekening begunstigde (IBAN) / Compte bénéficiaire (IBAN) / Konto des Begünstigten (IBAN)

B E 6 7 0 0 1 2 9 2 4 8 5 2 8 7

BIC begunstigde / BIC bénéficiaire / BIC Begünstigten

G E B A B E B B

Naam en adres begunstigde / Nom et adresse bénéficiaire / Name und Adresse des Begünstigten

CHU UCL NAMUR SITE GODINNE
AVENUE DOCTEUR G. THERASSE, 1
5530 YVOIR

Mededeling / Communication / Mitteilung

+ + + 7 2 2 / 4 0 5 8 / 3 6 8 5 2 + + +

Identification de l'hôpital
 CHU UCL NAMUR
 SITE GODINNE

Patient : GRIMARD, FRANCOISE
 RUE DES QUAIRELLES(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 : 224058368
 Date de facture : 31/12/2022
 Date d'envoi : 26/01/2023
 Numéro de dossier : 0001631734

RUE DES QUAIRELLES(WAL) 19
 5650 WALCOURT

Date de naissance : 29/05/1954
 Mutualité : 134/54052905055 (130/130)
 Soins du : 1/12/2022
 au : 1/12/2022

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						127,08		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité								
Demandé par : GRAUX, CARLOS								
FONTEYN, NATHALIE								
PRESTATIONS TECHNIQUES MEDICALES								
GRAUX, CARLOS								
CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS								
GRAUX, CARLOS								
Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins						245,76	35,24	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								
LINISOL 2% 10 ML MINI-PLASCO						2	3,28	
Sous-total 2 - Pharmacie						0,00	3,28	0,00
TOTAUX						245,76	38,52	0,00
TOTAL à payer par le patient								38,52

Z3022P010422-111-0000-1265