

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	25,61	15,67			
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés			25,61	15,67	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					32,20		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS COLLINGE, ELODIE		10/07/23	102336	1	57,51	12,00	
Honoraires entièrement à charge du patient							
CLOSSET, MELANIE RECHERCHE SCHIZOCYTES		10/07/23	097078	1		6,99	
DÉT. AGENTS INFECTIEUX PAR AMPLIFICATION M		10/07/23	097488	1		40,00	
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins			89,71	58,99	0,00		
TOTAUX			115,32	74,66	0,00		
TOTAL à payer par le patient					74,66		
Solde à payer par le patient au compte :		BE67 0012 9248 5287 BIC : GEBABEBB AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++723/2487/34015+++				74,66	

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 : 232487340
 Date de facture : 31/07/2023
 Date d'envoi : 26/08/2023
 Numéro d'admission : 0301733754
 Numéro de dossier : 0001631734
 Date de naissance : 29/05/1954
 Mutualité : 134/54052905055 (130/130)
 Soins du : 10/07/2023
 au : 10/07/2023

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

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

2. Montants forfaitaires facturés (2)	15,67
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)	
Vos frais d'honoraires	58,99
Total des frais à charge du patient	74,66
Facturé à votre mutuelle	115,32

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER	BE67 0012 9248 5287 BIC : GEBABEBB	74,66
	AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++723/2487/34015+++	

E5910PC026219-140-0000-18/18]



Cliniques universitaires Saint-Luc ASBL
 N° Inami : 710/403/25/000
 N° d'entreprise : 0416.88.5016
 Avenue Hippocrate,10
 B-1200 Bruxelles
 www.saintluc.be

FACTURE pour soins ambulatoires à l'hôpital - soins du 19-07-2023 au 19-07-2023

Numéro de facture	: 223440029557	
Date de facture	: 31-07-2023	
Date d'envoi	: 01-09-2023	
Date d'échéance	: 16-09-2023	
N° d'enregistrement	: EW3074DAMB	
Dossier	: EW3074D	
Date de naissance	: 29-05-1954	Adresse de facturation
Période de facturation	: 19-07-2023 - 19-07-2023	GRIMARD FRANCOISE
Mutualité	: 134000	RUE DES QUAIRES 19
N° NISS	: 54052905055	5650 WALCOURT
Code bénéficiaire	: 130/130	
Rassemblement	: 230407	

DETAIL FACTURE PATIENT

Communication

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

1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Statut méd. (1)	Date	Code (9)	Nombre	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires remboursables							
Honoraires partiellement à charge de la mutualité							
SCOHY, Anaïs Prescripteur COLLINGE, Elodie Détection d'Ebstein-Barr dans le sang C							
19/07/23 556916 1 64,04 8,68							
Cette facture concerne des analyses effectuées par le laboratoire des Cliniques Universitaires Saint-Luc suite aux prélèvements effectués aux Cliniques ou envoyés par votre médecin traitant ou par l'hôpital qui les a réalisés. Pour tout renseignement complémentaire veuillez contacter le 02/764.15.70							
Sous-total 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)					64,04	8,68	

TOTAUX	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAL	64,04	8,68	
Restant à payer		8,68	
À verser sur le compte de l'hôpital : IBAN:BE73310039360060 BIC:BBRUBEBB		8,68	



Cliniques universitaires Saint-Luc ASBL
 N° Inami : 710/403/25/000
 N° d'entreprise : 0416.88.5016
 Avenue Hippocrate,10
 B-1200 Bruxelles
 www.saintluc.be

FACTURE pour soins ambulatoires à l'hôpital - soins du 21-06-2023 au 21-06-2023

Numéro de facture	: 223433862579	
Date de facture	: 30-06-2023	
Date d'envoi	: 03-08-2023	
Date d'échéance	: 18-08-2023	
N° d'enregistrement	: EW3074DAMB	
Dossier	: EW3074D	
Date de naissance	: 29-05-1954	Adresse de facturation
Période de facturation	: 21-06-2023 - 21-06-2023	GRIMARD FRANCOISE
Mutualité	: 134000	RUE DES QUAIRES 19
N° NISS	: 54052905055	5650 WALCOURT
Code bénéficiaire	: 130/130	
Rassemblement	: 230406	

DETAIL FACTURE PATIENT

Communication

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

1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Statut méd. (1)	Date	Code (9)	Nombre	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires remboursables							
Honoraires partiellement à charge de la mutualité							
ZORZI, Giulia							
Prescripteur GRAUX, Carlos							
Détection d'Ebstein-Barr dans le sang C							
21/06/23 556916 1 64,04 8,68							
Cette facture concerne des analyses effectuées par le laboratoire des Cliniques Universitaires Saint-Luc suite aux prélèvements effectués aux Cliniques ou envoyés par votre médecin traitant ou par l'hôpital qui les a réalisés. Pour tout renseignement complémentaire veuillez contacter le 02/764.15.70							
Sous-total 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)					64,04	8,68	

TOTAUX	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAL	64,04	8,68	
Restant à payer		8,68	
À verser sur le compte de l'hôpital : IBAN:BE73310039360060 BIC:BBRUBEBB		8,68	



Cliniques universitaires Saint-Luc ASBL
 N° Inami : 710/403/25/000
 N° d'entreprise : 0416.88.5016
 Avenue Hippocrate,10
 B-1200 Bruxelles
 www.saintluc.be

FACTURE pour soins ambulatoires à l'hôpital - soins du 23-03-2023 au 26-04-2023

Numéro de facture	: 223430731907	
Date de facture	: 30-06-2023	
Date d'envoi	: 03-08-2023	
Date d'échéance	: 18-08-2023	
N° d'enregistrement	: EW3074DAMB	
Dossier	: EW3074D	
Date de naissance	: 29-05-1954	Adresse de facturation
Période de facturation	: 23-03-2023 - 26-04-2023	GRIMARD FRANCOISE
Mutualité	: 134000	RUE DES QUAIRES 19
N° NISS	: 54052905055	5650 WALCOURT
Code bénéficiaire	: 130/130	
Rassemblement	: 230406	

DETAIL FACTURE PATIENT

Communication

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

1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Statut méd. (1)	Date	Code (9)	Nombre	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires remboursables							
Honoraires partiellement à charge de la mutualité							
STREEL, Corentin Prescripteur GRAUX, Carlos Suivi de l'état de chimérisme	C	26/04/23	588814	1	181,23	8,68	
Cette facture concerne des analyses effectuées par le laboratoire des Cliniques Universitaires Saint-Luc suite aux prélèvements effectués aux Cliniques ou envoyés par votre médecin traitant ou par l'hôpital qui les a réalisés. Pour tout renseignement complémentaire veuillez contacter le 02/764.15.70							
SAUSSOY, Pascale Prescripteur COLLINGE, Elodie Dépistage d'anomalies géniques sub-micro	C	23/03/23	587856	1	228,71	8,68	
Sous-total 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)					409,94	17,36	

TOTAUX	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAL	409,94	17,36	
Restant à payer		17,36	
À verser sur le compte de l'hôpital : IBAN:BE73310039360060 BIC:BBRUBEBB		17,36	



DETAIL FACTURE PATIENT

Communication

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

Vous pouvez consulter et imprimer vos factures online. Surfez à www.mynexuzhealth.be pour plus d'informations.

1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Statut méd. (1)	Date	Code (9)	Nombre	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires remboursables							
Honoraires partiellement à charge de la mutualité							
Michaux, Lucienne							
Prescripteur Graux, Carlos							
études génétiques	C	01/12/22	565095	1	307,48	8,68	
études génétiques	C	26/04/23	565095	1	323,32	8,68	
Sous-total 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)					630,80	17,36	

TOTAUX	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAL	630,80	17,36	

Restant à payer 17,36

À verser sur le compte de l'hôpital : BE43432001722101 17,36

Payer facilement et en sécurité?

Scannez avec votre smartphone et c'est fait !



doccle

- (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.
- (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: 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.
- (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>.



Payé 24/8/23



GRIMARD FRANCOISE
 Rue des Quairelles(Wal) 19

5650 WALCOURT

FACTURE

Prescription du 24/07/2023
Recue le 24/07/2023
par le Docteur MOONS CLAIRE
N° de demande 233010589
Facture n° 23114060
Date Facture 31/07/2023

le 06/08/2023

CODE	LIBELLE	MONTANT PAR [O.A.]	A PAYER PAR LE PATIENT
543255	CREATININE URINAIRE (CRU)	0.69	
0910	Réaction urinaire		2.00
549312	CULTURE URINE	1.73	
592911	Honoraires forfaitaires	25.67	8.70

CODE	LIBELLE	MONTANT PAR [O.A.]	A PAYER PAR LE PATIENT
125532	Protéines urinaires	0.43	
126512	Sédiment urinaire	0.61	
550734	Antibiogramme aérobie	3.46	
592992	Supplément dispensateurs accrédités	0.55	

Montant à charge
 de l'Organisme Assureur (OA) € 33.14

A PAYER 10.70 €
TOTAL A CHARGE DU PATIENT

à payer sur le compte bancaire
BE63 0689 4029 6708

REFERENCE A RAPPELER OBLIGATOIREMENT LORS DU PAIEMENT
+++012/3114/06011+++

Ce montant représente le ticket modérateur et les frais non pris en charge par votre mutuelle. 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>
 Sauf stipulation contraire, nos factures sont payables au plus tard 30 jours date de facturation. Le non-paiement à l'échéance entrainera de plein droit et sans mise en demeure, l'application d'une clause pénale de 15 % des sommes dues avec un minimum de 40 € et d'un intérêt de retard de 12 % l'an. Chaque rappel envoyé sera facturé à raison de 7 €.

Les indemnités ici indiquées sont conclues de manière réciproque.
 Vous pouvez retrouver nos conditions générales sur notre site : www.laboreunis.be