Numéro de facture : 262171004 Facture patient Page gén. : 1

Identification de l'hôpital
Grand Hôpital de Charleroi

Rue du Campus des Viviers 1
6060 GILLY
Numéro I.N.A.M.I. : 71001030000
Numéro BCE : 0894384837
Téléphone : 060/11.07.00

Patient : HERBST, NOA
RUE DES GAUX 39
6540 LOBBES

Numéro de facture : 262171004
Date de facture : 30/06/2026
Date d'envoi : 07/08/2026
Numéro d'admission : 0023110001
Numéro de dossier : 0005118105
Date de naissance : 13/05/2024
Mutualité : 319/24051323936 (101/101)
Soins du : 25/05/2026 à 13 h 09
au : 19/06/2026 à 15 h 05

MAITRE DRUART GERALDINE
HERBST NOA
RUE TUMELAIRE 77
6000 CHARLEROI

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

1. Frais de séjour ou de réadaptation		
Vos frais d'hospitalisation ou de réadaptation		183,00
2. Montants forfaitaires facturés (2)		17,48
3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)		410,30
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)		
Vos frais d'honoraires		148,40
7. Frais divers		667,41
8. TVA		107,73
Total des frais à charge du patient		1.534,32
Facturé à votre mutuelle	46.646,94	

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB | 1.534,32 |

0 3

1 5 3 4 , 3 2

MAITRE DRUART GERALDINE
RUE TUMELAIRE 77
6000 CHARLEROI

T

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
RUE DU CAMPUS DES VIVIERS 1
6060 GILLY

+ + + 6 2 6 / 2 1 7 1 / 0 0 4 9 3 + + +

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

1.1. Frais de séjour hospitalisation ou hôpital de jour ou hospitalisation partielle en psychiatrie				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Service	du	au	Jours			
290 - Frais de séjour	26/05/26 00h	26/05/26 24h	1	1.879,18	7,32	
290 - Frais de séjour	27/05/26 00h	31/05/26 24h	5	9.395,90	36,60	
290 - Frais de séjour	1/06/26 00h	12/06/26 14h	12	22.550,16	87,84	
230 - Frais de séjour	12/06/26 14h	19/06/26 15h	7	5.560,87	51,24	
Prix d'hébergement	26/05/26 00h	26/05/26 24h	1	88,59		
Prix d'hébergement	27/05/26 00h	31/05/26 24h	5	442,95		
Prix d'hébergement	1/06/26 00h	12/06/26 14h	12	1.063,08		
Prix d'hébergement	12/06/26 14h	19/06/26 15h	7	620,13		
Sous-total 1 - Frais de séjour				41.600,86	183,00	0,00

2. Montants forfaitaires facturés (2)	Nombre de jours	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)

0 3

****

****

T

****
****
********** **********

****

****

****
****
********** **********

****

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires biologie clinique	592001		503,60		
	591080		56,65		
	591603		36,51		
Honoraires imagerie médicale	460784		62,89		
	460821		19,51	1,98	
Honoraires service de garde médical et prestations techniques	590181		33,93		
	590203		33,93		
Médicaments : Forfait par admission	756000		119,30		
Médicaments : Quote-part pers. par jour	750002	25		15,50	
Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés			866,32	17,48	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 remboursables					
Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité			64,18		
Médicaments non remboursables					
INSTILLAGEL 11 ML SERINGUE	0049742	2		3,21	
HIBIDIL MINIPLASCO 15 ML UD	0291971	2		1,46	
MINIPLASCO PHYSIO 10 ML	0819094	15		5,81	
MINIPLASCO EAU INJ 10 ML AQUA	0819110	6		2,26	

0 3

****

****
T
****
****
********** **********

****

****

****
****
********** **********

****

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
PLURULE EAU PPI 50 ML	0864991	2			2,89	
MINIPLASCO LINISOL 10 ML 2 %	1205749	2			3,28	
ISO-BETADINE GEL	1522010	100			7,87	
MOVICOL JUNIOR NEUTRAL SACH 6,	2276137	6			2,35	
NUROFEN SUPPO ENFANT 125 MG	2475689	2			0,99	
NUROFEN 2% SIROP ENFANT S/ SUC	2547925	40			8,22	
FENISTIL GTTE	2565950	20			3,94	
D CURE AMP PER OS	2727105	2			1,75	
D CURE AMP PER OS	2727105	1			0,88	
ROPIVACAINE FRES AMP 20 ML 10	2744845	1			9,57	
ARTISS SOL POUR COLLE TISSULAI	2951762	1			220,58	
MOVICOL UNIDOSE SACH SOL ORALE	3459740	1			0,53	
DAFALGAN PEDIATRIE SOL BUV	3734886	150			5,09	
VESIERRA AMP INJ 50 MG/ 2 ML	3964806	4			18,73	
EPHEDRINE HCL AGUETTANT SER 1	4516027	1			7,12	
NALBUPHINE SERB AMP 20 MG/2 M	7799984	8			36,32	
3.2 Produits parapharmaceutiques						
FLAMIGEL CREME 50 GR	7799976	1			9,22	
FLAMIGEL CREME 50 GR	7799976	1			9,22	
ALVITYL SIR 150ML	7799976	1			10,20	
PHYSIOPACK 16X26CM	7799976	1			12,06	
THEALOZ DUO GEL OCUL	7799976	1			0,33	
ALVITYL SIR 150ML	7799976	1			10,20	
FURACINE SOL 250 ML	7799976	1			8,11	
FURACINE SOL 250 ML	7799976	1			8,11	
Sous-total 3 - Pharmacie				64,18	410,30	0,00

0 3

****

****
****
********** **********

****

****

****
****
********** **********

****

T

	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)

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				3.728,63		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément						
DANGOISSE, ELISABETH	27/05/26	567206	1	29,14	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	28/05/26	567206	1	29,14	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	29/05/26	567206	1	29,14	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	2/06/26	567206	1	29,14	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	9/06/26	567206	1	29,14	2,50	
DANGOISSE, ELISABETH	11/06/26	567206	1	29,14	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	3/06/26	567206	1	29,14	2,50	
VERHAEGHE, SOPHIE	8/06/26	567206	1	29,14	2,50	
Honoraires entièrement à charge du patient						
SION, CATHERINE						
BIO - PCR HERPES SIMPLEX 1/2	4/06/26	007033	1		27,76	
BIO - PCR HERPES SIMPLEX 1/2	5/06/26	007033	1		27,76	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	1/06/26	007883	1		3,86	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	4/06/26	007883	1		3,86	

0 3

****

********************************** T
****
********** ***********************

****

****

****
****
********** *******************

****

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	7/06/26	007883	1		3,86	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	9/06/26	007883	1		3,86	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	12/06/26	007883	1		3,86	
BIO - PCR EXTRACTION SOUS-TRAITANCE	4/06/26	013042	1		19,07	
BIO - PCR EXTRACTION SOUS-TRAITANCE	5/06/26	013042	1		19,07	
COURCELLES, LOUISIANE						
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	25/05/26	007883	1		3,86	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	27/05/26	007883	1		3,86	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	28/05/26	007883	1		3,86	
BIO-DOSAGE DES ALANINE AMINOTRANSFÉRASES	30/05/26	007883	1		3,86	
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				3.961,75	148,40	0,00

5. Autres fournitures	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEUCOCYTE: UNITE A	752463		153,83		
Sous-total 5 - Autres fournitures			153,83	0,00	0,00

7. Frais divers	Code	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
THERMOMETRE DIGITAL	960466	1		6,26	
GEL DOUCHE 2 EN 1 3	960444	1		2,81	
MOUCHOIRS EN PAPIER	960466	6		5,34	

0 3

****

****
****
********** **********

****

****

****
****
********** **********

****

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
FRAIS D'HEBERGEMENT	960201	1		20,00	
FRAIS D'HEBERGEMENT	960201	1		20,00	
FRAIS D'HEBERGEMENT	960201	1		20,00	
FRAIS D'HEBERGEMENT	960201	1		20,00	
FRAIS D'HEBERGEMENT	960201	1		20,00	
FRAIS D'HEBERGEMENT	960201	1		20,00	
FRAIS D'HEBERGEMENT	960201	1		20,00	
Libellé des frais divers à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant sans TVA)					
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	

0 3

****

****
T
****
****
********** **********

****

****

****
****
********** **********

****

			A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DEJEUNER/ACCOM	960201	1		5,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS DINER ACCOMPAG	960201	1		11,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1		7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1		7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1		7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1		7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1		7,00	

0 3

****

****

T

****
****
********** **********

****

****

****
****
********** **********

****

				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
REPAS SOUPER/ACCOMPA	960201	1			7,00	
Sous-total 7 - Frais divers				0,00	667,41	

8. TVA	Statut (10)	Montant hors TVA	%		Montant TVA	A charge du patient TVAC (3)
Grand Hôpital de Charlero BE0894384837	A	513,00	21		107,73	620,73
Sous-total 8 - TVA					107,73	

0 3

****

****

T

****
****
********** **********

****

****

****
****
********** **********

****

Numéro de facture : 262171004 Page gén. : 10
Date d'envoi : 07/08/2026 Page : 10
Patient : HERBST, NOA Référence établissement : 0023110001

	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAUX	46.646,94	1.534,32	0,00
TOTAL à payer par le patient			1.534,32
Solde à payer par le patient au compte : BE74 7955 6816 9607 BIC : GKCCBEBB AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++626/2171/00493+++			1.534,32

0 3

****

****
****
********** **********

****

****

****
****
********** **********

****

(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.

0 3

****

****
****
********** **********

****

****

****
****
********** **********

****

(10) a) Régime de l'assujettissement TVA mixte: l'hôpital est seulement obligé de compter la TVA sur les services et produits qu'il a délivré dans le cadre des interventions ou des traitements qui ont lieu uniquement pour l'embellissement de l'apparence physique ou non thérapeutiques.
b) Régime particulier de paiement et suivi TVA: la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques ou non thérapeutiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, sans droit de déduction par le prestataire. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
c) Régime particulier de paiement TVA: la TVA pour les interventions ou traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques ou non thérapeutiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, avec droit de déduction de TVA par le prestataire. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le prestatataire.
d) Régime normal TVA: la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques ou non thérapeutiques, sera déclarée et payée par le prestataire.
e) Franchise de la TVA pour les petites entreprises: le prestataire est exempté de TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques ou non thérapeutiques et en raison du nombre limité de ce type de prestations exécutées par le prestataire.

(12) Prix d'hébergement : au sens de l'article 2, 4° du Décret du 9 mars 2017 relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital (région wallonne).

Modalités de paiement :

Toute somme due non payée dans les 15 jours de la date de réception de la facture sera majorée d'une indemnité forfaitaire, 14 jours après l'envoi d'une mise en demeure prenant la forme d'un premier rappel conformément à la loi du 04 mai 2023. Cette indemnité forfaitaire s'élèvera à 20 euros pour toute somme due inférieure ou égale à 150 euros, à 30 euros augmentés de 10% de la somme due sur la tranche comprise entre 150,01 et 500 euros, à 65 euros augmentés de 5% de la somme due sur la tranche supérieure à 500 euros avec un maximum de 2000 euros. A compter de la notification du montant majoré de l'indemnité forfaitaire, des intérêts calculés au taux légal autorisé par la loi du 04 mai 2023 seront également appliqués sur le montant des factures restant à payer.
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 15 jours à dater de la réclamation écrite lui donnera droit à une indemnité forfaitaire de 20 euros pour toute somme due inférieure ou égale à 150 euros, de 30 euros augmentés de 10% de la somme due sur la tranche comprise entre 150,01 et 500 euros, de 65 euros augmentés de 5% de la somme due sur la tranche supérieure à 500 euros avec un maximum de 2000 euros.
En cas de litige, seuls les tribunaux de Charleroi sont compétents.

0 3

****

****
****
********** **********

****

****

****
****
********** **********

****