azdelta
Uw ziekenhuis.

Deltalaan, 1
8800 ROESELARE
INASTI 71011720000
N° entreprise. 0505931808

Afz. AZ DELTA vzw - DELTALAAN 1 - 8800 ROESELARE

Lecouttere Nolan O'Brian
Lindenlaan 30
8930 MENEN

Nom patient:	**Lecouttere Nolan O'Brian**	Sommaire:	2026508
PatID:	1311202000	Mutualité:	403000
Numéro de facture:	**2602476670**	N°inscrip:	13112038375 111/111
Numéro de contact:	36876069	Periode de fact.:	19-08-2026 - 19-08-2026
Date de naissence:	20-11-2013	Admiss. de	-
Date d'envoi:	12-10-2026	jusq'à	-

Facture ambulatoire

Madame, Monsieur,

Ci-joint, nous vous transmettons la facture concernant vos examens et/ou votre traitement dans notre hôpital. Nous vous prions de payer cette facture dans le 30 jours après la date d'expedition.

Pour des questions sur le **contenance** de la facture, vous pouvez contacter le service de facturation au 051/23.76.66, de 8.00 h à 12.00 h et de 13.00 h à 16.30 h. ou par e-mail: factuur@azdelta.be.

Pour des questions sur le **règlement de paiement**, vous pouvez contacter le service financiel au 051/23.76.29, de 8.00 h à 12.00 h et de 13.00 h à 16.30 h. ou par e-mail: debiteurenadmin@azdelta.be.

Vous pouvez maintenant **recevoir et payer cette facture numériquement via Doccle ou POM**. Plus d'infos au verso.

Avec nos salutations distinguées.

Service facturation.

Scannez et recevez, payez et stockez vos factures numériquement!
Comment? Voir verso.
doccle

Scan & betaal
pay.pom.be/NuwkPnEXqU
pom-payment

H1612P018995-I16-0000-[3/4]

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 complété 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 77,96

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
Lecouttere Nolan O'Brian
Lindenlaan 30
8930 MENEN

Rekening begunstigde (IBAN)
Compte bénéficiaire (IBAN)
Konto des Begünstigten (IBAN)
BE02 4675 3867 5140

BIC begunstigde
BIC bénéficiaire
BIC Begünstigten
KREDBEBB

Naam en adres begunstigde
Nom et adresse bénéficiaire
Name und Adresse des Begünstigten
AZ DELTA vzw
Deltalaan, 1
8800 ROESELARE

Mededeling
Communication
Mitteilung
+++602/4766/70189+++

ALGEMENE FACTUURVOORWAARDEN VAN AZ DELTA

1. Ongeveer 2 maanden na uw vertrek uit het ziekenhuis, ontvangt u een factuur. Als u langer dan 30 dagen in het ziekenhuis verblijft, worden tussentijdse facturen opgesteld.
We vragen u de factuur te betalen binnen de 30 dagen na de verzenddatum van de factuur. Deze datum vindt u links in het oranje kader op uw factuur.

2. Het is van belang dat u deze betalingstermijn respecteert. Als u op de vervaldag zonder ernstige reden de factuur niet of slechts gedeeltelijk betaalt, krijgt u een herinnering per brief zonder kosten.
Na het verstrijken van de wettelijke wachttermijn wordt een tweede herinneringsbrief verstuurd en kan een forfaitair schadebeding worden aangerekend, dat berekend wordt als volgt:

a) verwijlintresten, volgens het wettelijke tarief, bedoeld in art. XIX.4 van het Wetboek Economisch Recht en volgens de wettelijke termijnen, en
b) een schadebeding waarvan het bedrag ten hoogste is:
   - 20 euro als het openstaande bedrag van de schuldvordering kleiner of gelijk is aan 150 euro
   - 30 euro + 10 % van het openstaande bedrag van de schuldvordering op de schijf tussen 150,01 euro en 500 euro
   - 65 euro + 5 % van het openstaande bedrag van de schuldvordering op de schijf vanaf 500,01 euro met een maximum van 2000 euro.

Vervolgens zal bij ontbreken van betaling het dossier voor verdere invordering worden overgemaakt aan een gerechtsdeurwaarderskantoor. Daartoe zullen deze factuur en uw contactgegevens (e-mail, telefoon- of gsm-nummer, enz.) overgemaakt worden aan de gerechtsdeurwaarder.

3. In geval het ziekenhuis een contractuele verplichting niet nakomt, moet de patiënt ons in gebreke te stellen binnen de 30 kalenderdagen na kennisname van de tekortkoming. Wanneer de tekortkoming niet werd rechtgezet binnen een termijn van 30 kalenderdagen heeft de patiënt recht op een forfaitaire schadevergoeding van 10 % van het factuurbedrag met een minimum van 20 euro en een maximum van 75 euro.

4. Hebt u financiële moeilijkheden waardoor u de factuur niet onmiddellijk volledig kunt betalen, dan kan het ziekenhuis een afbetalingsplan toestaan. Deze aanvraag tot gespreide betaling kunt u sturen naar AZ Delta, Deltalaan 1, 8800 Roeselare of per mail naar debiteurenadmin@azdelta.be of telefonisch op 051 23 76 29.

5. Eventuele betwistingen kunt u binnen de 30 dagen na verzenddatum van de factuur meedelen aan AZ Delta, schriftelijk op het adres Deltalaan 1, 8800 Roeselare of per mail naar factuur@azdelta.be of telefonisch op
051 23 76 66. Het factuurnummer moet vermeld zijn én ook de redenen voor de betwisting.
Reactie vanwege het ziekenhuis op een laattijdige klacht impliceert geen verzaking aan hetgeen voorafgaat en iedere reactie is steeds onder voorbehoud van alle rechten en zonder enige nadelige erkentenis.

6. In geval van overlijden van de patiënt zijn de erfgenamen, rechtsopvolgers en rechthebbenden ondeelbaar gehouden tot betaling aan het ziekenhuis van de gehele opeisbare schuldvordering in hoofdsom, rente, verhogingen en alle kosten.

7. De patiënt duidt het ziekenhuis aan als bijzonder gemachtigde om zijn/haar informatiegegevens vermeld in de bevolkingsregisters/vreemdelingenregister of een getuigschrift hieromtrent aan te vragen.

8. AZ Delta eerbiedigt de algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens .

RECEVEZ, PAYEZ ET STOCKEZ VOS FACTURES VIA DOCCLE

POURQUOI NUMERIQUEMENT VIA DOCCLE ?

- Une notification à chaque nouvelle facture.
- Accessibles via PC, tablette et smartphone.
- Archivées aussi longtemps que vous le souhaitez.
- Payez facilement & recevez un rappel lorsque la date d'échéance approche.
- Différentes organisations au même endroit.
- Sécurisé et complètement gratuit.

COMMENT RECEVOIR VOS FACTURES VIA DOCCLE ?

- Connectez-vous sur Doccle.be ou téléchargez l'appli Doccle.
- Ajoutez AZ DELTA à votre compte Doccle via le menu 'Liens'.
- Insérez votre numéro patient et votre numéro de registre national.

OU PLUS SIMPLE:
SCANNEZ LE CODE QR SUR LA FACE AVANT !

PAIEMENT MOBILE & DIGITAL AVEC POM

1 Scannez le QR code et payez mobile

- Scannez le QR code de POM repris sur votre facture avec l'app Payconiq by Bancontact, votre banking app (Belfius, BNP Paribas Fortis ou CBC) ou tout simplement avec la caméra de votre smartphone.
- Les données de paiement sont reconnues automatiquement et vous pouvez ensuite payer directement avec votre mobile.



VIDÉO
Renaud Rutten vous explique le fonctionnement en détail sur **pom.be/renaud**

2 Recevez votre prochaine facture par e-mail

- Une fois le QR code scanné, indiquez votre adresse e-mail.
- Donnez votre autorisation pour recevoir les prochaines factures par mail, avec un bouton de paiement pratique.

azdelta
Uw ziekenhuis.

Deltalaan, 1
8800 ROESELARE
INASTI 71011720000
N° entreprise. 0505931808

Lecouttere Nolan O'Brian
Lindenlaan 30
8930 MENEN

Afz. : AZ DELTA vzw - DELTALAAN 1 - 8800 ROESELARE

Lecouttere Nolan O'Brian
Lindenlaan 30
8930 MENEN

Nom patient:	**Lecouttere Nolan O'Brian**	Sommaire:	2026508
PatID:	1311202000	Mutualité:	403000
Numéro de facture:	**2602476670**	N°inscrip:	13112038375 111/111
Numéro de contact:	36876069	Periode de fact.:	19-08-2026 - 19-08-2026
Date de naissence:	20-11-2013	Admiss. de	-
Date d'envoi:	12-10-2026	jusq'à	-

Facture ambulatoire

H1612P018995-116-0000-[4/4]

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 entièrement à charge de la mutualité					106,05		
Sous-total 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)					**106,05**		

2. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	Code	Nombre	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	Supplément (4)
2.1. Médicaments					
Médicaments remboursables					
Montant totalement à charge de la mutualité			0,41		
Montant médicament partiellement à charge du patient					
NACL 0,9% PERF VIAFLO ZAK 100 ML F100	740936	1	1,35	0,24	
NACL 0,9% PERF VIAFLO ZAK 250 ML F250	740944	1	1,45	0,25	
NACL 0,9% PERF VIAFLO ZAK 1000 ML F1	741033	1	2,09	0,37	
PARACETAMOL B.BRAUN PERF 100 ML 1000 MG	7702111	1	1,18	0,27	
STEROFUNDIN ISO PERF FL 500 ML ECOFLAC P	787028	1	2,10	0,37	
STEROFUNDIN ISO PERF FL 1000 ML ECOFLAC	787044	1	2,46	0,43	
Médicament entièrement à charge du patient					
Médicaments non-remboursable					
TEMESTA EXPIDET 1 MG	106591	1		0,28	
MINI-PLASCO NACL 0,9% FL 10 ML mpf10	819094	1		0,39	
Sous-total 2. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux			**11,04**	**2,60**	

4. Transport de malade	Date	Code	Nombre KM	A charge de la mutual.	A charge du patient (3)	
Transport urgent de malades (service 100/112) Trajet: 21262310214 Lieu: Lindenlaan 30 - BE-8930 Menen - Date: 2026-08-19 18:25:13 Fiche: 26081917101269137701 N° Inami: 79637790	19/08/26		1		75,36	

Numéro de facture: 2602476670

Lecouttere Nolan O'Brian

N° NISS: 131120 383 75

Sous-total 4. Transport de malade					**75,36**	

TOTAUX	**A charge de la mutual.**	**A charge du patient (3)**	**Supplément (4)**
TOTAL	**117,09**	**77,96**	
Restant à payer		**77,96**	
À verser sur le compte de l'hôpital : 467-5386751-40 (BE02467538675140)		**77,96**	

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.