

Numéro de facture : 507960
Date d'envoi : 31/07/2006
Identification du patient :

Page gén.: 991
Page : 3
Référence établissement : 0000455326

Nature des Frais	A charge de la Mutualité	A charge du patient	
		Intervention personnelle patient	Supplément ou autre montant (2)
4. AUTRES FOURNITURES			Supplément
752463 CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEU	94,51		
752463 CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE DELEU	94,51		
SOUS-TOTAL DES AUTRES FOURNITURES	189,02	0,00	0,00
Total facturé à votre mutualité:			
A. Total des interventions personnelles à charge du patient:			
B. Total des suppléments à charge du patient:			
Total à charge du patient: A + B:			
Solde à payer par le patient au compte : 096-3517620-33			

TOTAL A PAYER : 116,22 EURO

- (1) Il s'agit de montants forfaitaires légaux facturés à tous les patients hospitalisés, même si un patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.
- (2) Par "supplément", on entend un montant facturé au patient en sus de l'intervention personnelle fixée légalement pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations et qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire.
- Sous "autre montant", on entend des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutualité ni aucune intervention personnelle ne sont prévues.
- (3) Par marge de délivrance, on entend une rétribution de délivrance destinée au pharmacien hospitalier qui stocke, stérilise et délivre les implants et prothèses; ce montant est facturé sous "autre montant".
- (4) Si le dispensateur est conventionné (adhère à l'accord national ou à la convention nationale): code = C.
Si le dispensateur N'EST PAS conventionné : code = NC.
Si le dispensateur n'est conventionné que partiellement : code = PC.
S'il n'y a pas d'accord ou de convention conclue : pas de code.
- (5) P = Code chambre à un lit M = Code chambre commune ou à deux lits
- (6) Il s'agit ici d'un montant forfaitaire légal facturé à tous les patients hospitalisés. Cette intervention personnelle est portée en compte soit par l'hôpital soit par le Conseil médical de l'hôpital.

Ce montant est à payer dans un délai de 15 jours à dater de la réception

Pour tout RENSEIGNEMENT complémentaire : service facturation 060/218766 / 763 / 762 de 10h à 12h et de 14h à 15h

Pour des FACILITES de paiement : service social 060/218 752 - 753
comptabilité patients 060/218 580 de 14h à 16h

A L'ATTENTION DES PATIENTS FRANCAIS : PAIEMENT PAR CHEQUE BANCAIRE AUTORISE

VOUS POUVEZ PRESENTER VOTRE FACTURE A VOTRE MUTUELLE POUR ETRE REMBOURSE

COPIE CLIENT

montant en lettres

date mémo

montant en EUR

***116,22**

compte donneur d'ordre

compte bénéficiaire

096-3517620-33

nom bénéficiaire

C.S.F.

communication

+++507/9600/61159+++

date de remise

EURO

date de signature

signature(s)

VIREMENT OU VERSEMENT

DEXIA

1013

En cas de complètement manuel, un seul caractère noir (ou bleu) par case

Ne pas accepter en paiement

date mémo (facultatif)

(uniquement pour exécution dans le futur)

compte donneur d'ordre

nom et adresse donneur d'ordre

CPAS DE MAUBEUGE

RUE DE LA CROIX 24

F59607 MAUBEUGE CEDEX

communication (en MAJUSCULES)

+ + + 5 0 7 / 9 6 0 0 / 6 1 1 5 9 + + +

montant

EUR

CENT

compte bénéficiaire

nom et adresse bénéficiaire

Centre de santé des Fagnes

Boulevard Louise 18

6460 CHIMAY

Ne rien écrire ci-dessous