

Identification de l'établissement:
Centre de santé des Fagnes
A.I.H.C.H.S.N
Boulevard Louise 18
6460 CHIMAY

Nom du patient :
Références établissement :
Date de naissance :
No. inscription Mutuelle :

Téléphone : 060/21.88.11
Numéro I.N.A.M.I. : 71024932000

Note d'hospitalisation à la Mutualité:

Numéro l'organisme assureur : 128000
Date de la note d'hospitalisation : 31/07/2006

Identification du Titulaire:

1

No. inscription Mutuelle : 800930 255M05

CT:180/712

FACTURE NUMERO : 507960

Période d'hospitalisation: du 31/07/06 8h 00

Date d'envoi: 31/07/2006

Page 1

Nature des Frais

1. FRAIS DE SEJOUR

1.1. Frais de séjour - Hospitalisation et hôpital chirurgical de jour

Service	Type de chambre	du	au	Nombre de jours	A charge de la Mutualité	A charge du patient
220	Montant par admission					
	Montant par jour en :					
220	- Chambre commune	11/07/06 10h	14/07/06 14h	4	(FJ) 45,40	52,24

Pour information: le total des frais de votre séjour s'élève à 1.341,80 euros. Une partie de ceux-ci seront versés par votre mutualité à l'hôpital : d'une part via des avances mensuelles et d'autre part via le montant susvisé par admission et par jour.
Votre montant personnel dans ces frais s'élève à 52,24 euros

Forfait médicaments (1)

Honoraires forfaitaires par jour d'hospitalisation (1)

SOUS-TOTAL DES FRAIS DE SEJOUR

82,80	2,48	
268,18	54,72	0,00

signature(s)

VIREMENT OU VERSEMENT

COPIE CLIENT

montant en lettres

EURO

date de signature

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

date mémo

montant en EUR

compte donneur d'ordre

compte bénéficiaire

000-0000000-00

nom bénéficiaire

communication

date de remise

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

communication (en MAJUSCULES)

montant

EUR

CENT

compte bénéficiaire

nom et adresse bénéficiaire

Ne rien écrire ci-dessous

EURO