

No. Facture : 281580
No. Assurance : 00090 Caisse grand Régime

ACTURE INDIVIDUELLE

Réf. Etablissement : 0001481720
0279047

Identification de l'Etablissement :

centre hospitalier de dinant

rue saint jacques, 501

5500 DINANT

082/21.28.46

No. INAMI : 71026467000 No. Entr. : 0 433 815 177

No. Compte : BE86 7320 0622 7350 BIC : CREGBEBB

Office de tarification : 92550074000

Identification du Bénéficiaire :

Nom :

Adresse : N LUXEMBOURG

F-08600 GIVET

Numéro Cie Assurance : 00090 CPAM DE CHARLEVILLE FRANCE

14, AVENUE GEORGES CORNEAU

F-08101 CHARLEVILLE-MEZIERES

A : 16h00

A : 15h00

Entrée : 17/02/10

Sortie : 19/02/10

Admission pour motif inconnu

Date acc. : 8/02/2010 à 00h

No. pol. ass. : 251010815500218

No. sinistre : 030155500

IDENTIFICATION de la caisse

FRAIS DE SEJOUR OU DE READAPTATION

C2

Caisse Française

Code service	Du	Au	Code journée	Nombre de Jours	Prix de la Journée	A charge Ass.	A charge Patient	Total	A charge O. A.
210	MONTANT PAR ADMISSION		768003	1	140,72				140,72
210	MONTANT PAR JOUR 18/02/10 à 00h 18/02/10 à 24h		768025	1	23,07				23,07
210	QUOTE PART PERSONNELLE		766065	1	41,41	41,41		41,41	41,41
	HONORAIRE FORFAITAIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNEE		592001	1	20,90				20,90
	FORFAIT MEDICAMENTS		750002	1	0,62	0,62		0,62	0,62
210	MONTANT PAR JOUR 19/02/10 à 00h 19/02/10 à 15h		768025	1	23,07				23,07
210	QUOTE PART PERSONNELLE		766065	1	14,14	14,14		14,14	14,14
	HONORAIRE FORFAITAIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE PAR JOURNEE		592001	1	20,90				20,90
	FORFAIT MEDICAMENTS		750002	1	0,62	0,62		0,62	0,62
	TOTAL FRAIS DE SEJOUR					56,79		56,79	173,11
SOUS-TOTAUX						56,79		56,79	173,11

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code médic.	Dénomination et dosage (4)	Cat.	Prix unit.	Gnt.	No. INAMI et Nom du Prescripteur	SV.	A charge Ass.	A charge Patient	Total	A charge O. A.
0756000	FORFAIT PAR ADMISSION									131,42
0049742	INSTILLAGEL MELIS	D	1,5290	2	18586782450 MOSTIN, JOEL	210	3,06		3,06	
0126672	PROSTIGMINE AMP 1 L	D	1,2020	2	18586782450 MOSTIN, JOEL	210	2,40		2,40	
0868299	IBX- VIAPACK NACL 00 ML	D	1,8600	1	18586782450 MOSTIN, JOEL	210	1,86		1,86	
1690809	ISOBETADINE SOL H ML	D	0,0347	125	18586782450 MOSTIN, JOEL	210	4,34		4,34	
1799121	DAFALGAN FORTE 1G	D	0,1714	1	18586782450 MOSTIN, JOEL	210	0,17		0,17	
2114544	ATROPINE SULF AMP ML	D	0,3700	1	18586782450 MOSTIN, JOEL	210	0,37		0,37	
	TOTAL CATEGORIE D						12,20		12,20	
0724476	IBX- PL NACL 0,9%	SA	1,9900	1	18586782450 MOSTIN, JOEL	210				0,50
0724492	IBX- PL HARTMANN 0 L	SA	2,0000	1	18586782450 MOSTIN, JOEL	210				0,50
0746792	SEVORANE SOL INHA	SA	0,5826	36	18586782450 MOSTIN, JOEL	210				5,24
0724500	IBX- PL SOL HARTM	SA	2,3300	2	18586782450 MOSTIN, JOEL	210				1,17
	TOTAL CATEGORIE SA									7,41
0718056	ISUFENTA AMP 5 MC MG	SAr	0,3600	1	18586782450 MOSTIN, JOEL	210				0,09
0736264	DDRMICUM AMP 1 X	SAr	1,0900	1	18586782450 MOSTIN, JOEL	210				0,27
0787820	PROPOLIPID 1% AMP MG/ML	SAr	2,6560	1	18586782450 MOSTIN, JOEL	210				0,66
	TOTAL CATEGORIE SAr									1,02
0733782	ITRACRIUM AMP IV 1 ML	SB	4,6640	1	18586782450 MOSTIN, JOEL	210				1,17
0784199	ULTRAVIST 370 FL	SB	3,8646	10	18586782450 MOSTIN, JOEL	210				9,66
	TOTAL CATEGORIE SB									10,83
0773390	IPERFUSALGAN FL SO 00ML	SBg	2,0667	1	18586782450 MOSTIN, JOEL	210				0,52
0780148	ITRADONAL ODIS ORO OMG	SBg	0,0923	1	18586782450 MOSTIN, JOEL	210				0,02
	TOTAL CATEGORIE SBg									0,54
0739466	ICIPROXINE 500 COM	SBr	0,9060	1	18586782450 MOSTIN, JOEL	210				0,23
	TOTAL CATEGORIE SBr									0,23
	TOTAL FRAIS PHARMACEUTIQUES						12,20		12,20	151,45
SOUS-TOTAUX							68,99		81,19	324,56

HONORAIRES - PERCUS POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT

Date prest.	No. de Code	N	CD L/A/D	No. INAMI et nom du dispensateur	No. INAMI et nom du prescripteur	Date presc. (3)	Honoraires			A charge O.A.
		(1)	(2)				A charge Ass.	A charge Patient	Total	
1702101460784				10000106999 -						64,84
1702101460821				19194419930 LECLERCQ, BENDI			6,20		6,20	8,53
1702101590181		01		19216490790 MATHY, LUC						23,82
1702101590203				19216490790 MATHY, LUC						23,82
1702101591124				10000106999 -			7,44		7,44	39,33
1702101591603				10000106999 -			16,40		16,40	21,46
1702101700000				10000106999 -						16,40
1802101125543		02		19179967860 PACCO, CHRISTIA	18586782450 MOSTIN, JOELLE	180210				0,39
1802101126523		02		19179967860 PACCO, CHRISTIA	18586782450 MOSTIN, JOELLE	180210				0,54
1802101126545		02		18050745800 JACQUEMIN, Jean	18586782450 MOSTIN, JOELLE	180210				0,70
1802101200200				19290429100 PEREIRA, ANTONI						190,02
1802101202926				19290429100 PEREIRA, ANTONI						3,20
1802101262382				18586782450 MOSTIN, JOELLE						409,94
1802101262382	1			15867022450 BUSARD, PHILIPP						40,99
1802101318920				18586782450 MOSTIN, JOELLE						2,13
1802101449125				18586782450 MOSTIN, JOELLE	18586782450 MOSTIN, JOELLE	180210				30,40
1802101549323		02		18050745800 JACQUEMIN, Jean	18586782450 MOSTIN, JOELLE	180210				1,56
1802101550745		02		18050745800 JACQUEMIN, Jean	18586782450 MOSTIN, JOELLE	180210				3,11
1802101730704				163039211300 TAZIAUX, JEAN-L	18586782450 MOSTIN, JOELLE	180210	49,03		49,03	147,11
1802101685860				163039211300 TAZIAUX, JEAN-L			19,61		19,61	
Total prestations effectuées pendant le séjour dans le service - 210							98,68		98,68	995,49
TOTAL PERCU POUR LE COMPTE DE L'ETABLISSEMENT							98,68		98,68	995,49

SOUS-TOTAUX : 167,67 167,67 1320,05

TOTAUX GENERAUX DE LA FACTURE
MONTANT A VERSER PAR L'O.A.

MONTANT A REMBOURSER AU PATIENT

ACOMPTES :

A PAYER PAR LE PATIENT

TOTAL A REGLER PAR
LA CAISSE FRANCAISE

A charge O.A. (7)	A charge Patient	Total
167,67	0,00	167,67
167,67	0,00	
	0,00	
	0,00	

REFERENCES

Codification L/A/D en (2)
Laboratoire ou appareillage
ou service agréé sous le no
L/A = 01 : 71026467131 L/A = 02 : 89160717383

- (1) Code norme : N = Nuit ; W = Week-end ; F = Jour férié ; P = Pédiatrie
M = Matin
1 = Aide opératoire 10 % ; 2 = Aide opératoire 5 % ;
5 = Remboursement à 50 % ; 7 = Remboursement à 75 %.
- (2) C.D. = Code de la dent traitée
L/A/D = Référence au laboratoire ou appareillage agréé ou au service agréé.
- (3) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anato-mo-pathologie et la médecine nucléaire in vitro.
- (4) Forfait - Prophylaxie: Sur une deuxième ligne doit être mentionnée la prestation concernée (d'application pour l'admission avant le 1/7/2006).
- (5) Dans le cas où il s'agit d'un patient ne relevant pas de l'application de l'assurance obligatoire assurance soins de santé et indemnités, il est mentionné à cette ligne le prix correspondant à celui visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (6) Cette information est destinée au règlement en cas de subrogation, lors du règlement dans le cadre des conventions internationales et en cas de récupération au sens de l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994; ce prix correspond au prix visé dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- (7) Ne sont pas compris ici les montants versés en exécution de l'article 104bis, alinéa 1er, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

TOTAL PRIS EN CHARGE
par l'organisme Belge