


Annexe 93

PRESCRIPTION MEDICALE pour matériel de stomie (art. 27)

(à compléter par stomie/fistule)

1. Identification du bénéficiaire (ou vignette de la mutualité)	
Nom et prénom du bénéficiaire: <u>ZANELLA Gelindo</u>	
Adresse:	
Numéro d'identification à la Sécurité Sociale:	MC 130
Nom ou numéro de la mutualité:	 <small>ZANELLA GELINDO RUE DE VISE 446 B-4020 WANDRE 120/120 570220 067 59 NISS</small>

2. Motivation médicale

- ☐ Nouvelle stomie créée, date de l'opération:/...../.....
- ☒ Stomie existante
- ☐ Réopération de la stomie existante, date de l'opération:/...../.....
- ☐ Date de l'apparition de la fistule:/...../.....
- ☐ Fistule existante

Type de stomie	Convexe/concave	Situation exceptionnelle	Cochez ce qui est d'application
Système digestif <input type="checkbox"/> colostomie	non	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>
	oui	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>
Système digestif <input checked="" type="checkbox"/> iléostomie <input type="checkbox"/> fistule <input type="checkbox"/> autre stomie	non	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>
	oui	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input checked="" type="checkbox"/>
Système urinaire <input type="checkbox"/> urostomie <input type="checkbox"/> cystostomie <input type="checkbox"/> fistule <input type="checkbox"/> autre stomie	non	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>
	oui	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>

VFA-23/09848

Annexe au Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Annexe 13ter

Compléter ou apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du patient : ZANELLA GELINDO
Mutualité : M130
NISS : 570220 067 59
Adresse du patient : 446 RUE DE VISE 4020 WANDRE

**ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES
POUR LA DÉLIVRANCE AMBULATOIRE DE MATÉRIEL DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrigation)**

A compléter par le bandagiste agréé

Nom et prénom du patient: ZANELLA GELINDO
Date de naissance du patient: 20/02/57

Période d'intervention de l'assurance du 01/07/23 au 30/09/23

N° de nomenclature de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compte : 655955 ✓

Budget disponible avant la délivrance (cf. carnet du patient) : 1 052,22 (1)

Dénomination	Quantité	Code du produit sur la liste	Prix réclamé
MIO FLEX ILEO FEN	90	906010000183	198,00
MIO FLEX CVX LIGH	50	906008000134	525,00
60 GR ADAPT Pâte	4	906025000456	64,20
CAVILON Film protec	2	906027000076	34,96
CEINTURE BRAVA 1	2	906024000034	18,80
84 GR BRAVA ELAS	4	906025000045	107,20

Total			948,16 (2) ✓
-------	--	--	--------------

Intervention OA (3) 948,16 (est égal au prix réclamé (2) limité au budget disponible (1))

Si le budget disponible (1) est inférieur au prix réclamé (2) :

Supplément pour le patient : 0,00 (est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3))

Date de la fourniture: 5-7-23

Prescrit par : JULEMONT

☒ La prescription est annexée

En date du : 26/9/23.

N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 16839990004

A remplir par le patient (cocher ce qui convient)

- Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s)

☒ OUI ☐ NON

- Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de0..... EUR qui est entièrement à ma charge.

☒ OUI ☐ NON

Date : 5-7-23

Signature :

Nom et prénom du bandagiste agréé: Sylvie HALBARDIER Phc 1-6-42957-56-201

N° d'identification INAMI : 1-6-42957-56-201

Nom de l'entreprise : ALPHAMEDIS SA - Tél. 04/342.76.18

Rue et N° : Avenue de l' Energie 8

Commune et code postal : 4432 ALLEUR

N° BCE : 0456605328

Vu le régleme du tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte

IBAN BE18732007305585

BIC CREGBEBB

Date et signature du bandagiste agréé :

5-7-23

Sylvie Halbardier ✓