

**ALPHAMEDIS SA**

Avenue de l' Energie 8  
4432 ALLEUR

Le 23 octobre 2023

Page 1

N° téléphone 04/342.76.18  
N° télécopie 04/344.29.86  
N° de société 0456.605.328  
Tiers payant 00135000346  
BIC CREGBEBB  
IBAN BE18732007305565

MUTUALITE CHRETIENNE DE LIEGE  
MUTUALITE 130  
38 PLACE DU XX AOUT  
4000 LIEGE

**Relevé mensuel des mutuelles**

Date début 01/10/23  
Date fin 31/10/23

N° client M130

<b>N° relevé</b>	<b>13000250</b>
(référence à rappeler lors du paiement)	

Date compta.	N° document	N° adhérent	Nom - prénom	Date livraison	Montant	Montant ouvert
31/10/23	VFA-23/09848	570220 067 59	ZANELLA GELINDO	16/07/23	948,16	948,16
Total EUR					948,16	948,16

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) de ..... EUR qui est entièrement à ma charge.

☒ OUI ☐ NON

Signature :

Date : 5-7-23

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 régime du tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte

IBAN BE18732007305565

BIC CREGBEBB

Date et signature du bandagiste agréé :


5-7-23

*[Signature]* ✓

## Annexe 93

**PRESCRIPTION MEDICALE pour matériel de stomie (art. 27)**

(à compléter par stomie/fistule)

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

**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
<b>Système digestif</b> <input type="checkbox"/> colostomie	non	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>
	oui	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>
<b>Système digestif</b> <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"/>
<b>Système urinaire</b> <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"/>

**ALPHAMEDIS SA**  
Avenue de l' Energie 8  
4432 ALLEUR

Le 23 octobre 2023

Page 1

N° téléphone 04/342.76.18  
N° télécopie 04/344.29.86  
N° de société 0456.605.328  
Tiers payant 00135000346  
**BIC** CREGBEBB  
**IBAN** BE18732007305565

SOLIDARIS  
MUTUALITE 319  
36 RUE DOUFFET  
4020 LIEGE

### Relevé mensuel des mutuelles

Date début 01/10/23  
Date fin 31/10/23

N° client M319

<b>N° relevé</b> 31900255 (référence à rappeler lors du paiement)
--

Date compta.	N° document	N° adhérent	Nom - prénom	Date livraison	Montant	Montant ouvert
01/10/23	VFA-23/09864	500905 164 23	WASOWICZ BOZENA	27/10/23	628,20	628,20
				Total EUR	628,18	628,18

VFA-23/09864

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 : WASOWICZ BOZENA  
Mutualité : M319  
NISS : 500905 164 23  
Adresse du patient : 15 RUE DU CHENAY 4680 OUPEYE

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

## A compléter par le bandagiste agréé

Nom et prénom du patient: WASOWICZ BOZENA  
Date de naissance du patient: 05/09/50

Période d'intervention de l'assurance du 01/10/23 au 31/12/23

N° de nomenclature de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compte : 655653 ✓

Budget disponible avant la délivrance (cf. carnet du patient) : 860,81 (1)

Dénomination	Quantité	Code du produit sur la liste	Prix réclamé
MIO CLICK TRANS	60	906110001081	274,80
MIO CLICK CVX LIG	30	906080001258	315,00
Poche de nuit 2000cc	20	906120001385	38,40

Total			628,20 (2) ✓
-------	--	--	--------------

Intervention OA (3) 628,20 (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: 1/10/23

Prescrit par : GADOMSKI

☒ La prescription est annexée

En date du : 2/6/23

N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 16706962004

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) de ..... EUR qui est entièrement à ma charge.

☒ OUI ☐ NON

Date : 1/10/23

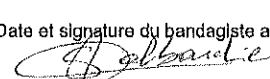
Signature: 

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 régime du tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte

IBAN BE18732007305565  
BIC CREGBEBB

Date et signature du bandagiste agréé :

 1/10/23 ✓

## 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: ..... WASOWICZ BOZENA

Adresse: .....

Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale: .....-.....-.....

Nom ou numéro de la mutualité: .....

**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 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 type="checkbox"/>
Système urinaire <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>

**ALPHAMEDIS SA**  
Avenue de l' Energie 8  
4432 ALLEUR

Le 23 octobre 2023

Page 1

N° téléphone 04/342.76.18  
N° télécopie 04/344.29.86  
N° de société 0456.605.328  
Tiers payant 00135000346  
**BIC** CREGBEBB  
**IBAN** BE18732007305565

MUTUALITE LIBERALE BRABANT  
MUTUALITE 403  
51-52 PLACE DE LA REINE  
1030 BRUXELLES

### Relevé mensuel des mutuelles

Date début 01/10/23  
Date fin 31/10/23

N° client M403

<b>N° relevé</b> 40300192 (référence à rappeler lors du paiement)
--

Date compta.	N° document	N° adhérent	Nom - prénom	Date livraison	Montant	Montant ouvert
04/10/23	VFA-23/09677	391118 289 67	DUPEROUX ROBERT	19/10/23	1 013,58	1 013,58
				<b>Total</b> EUR	<b>1 013,58</b>	<b>1 013,58</b>

CFA-23/09647.

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 : DUPEROUX ROBERT

Mutualité : M403

NISS : 391118 289 67

Adresse du patient : RESIDENCE LES TILLEULS 32 RUE ARTHUR DIDERICH 1060 SAINT-GILLES

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

## A compléter par le bandagiste agréé

Nom et prénom du patient: DUPEROUX ROBERT

Date de naissance du patient: 18/11/39

Période d'intervention de l'assurance du 01/10/23 au 31/12/23

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
60 GR BRAVA PATE	2	906250001082	33,88
BRAVA SKIN BARRI	1	906270001393	18,90
25 GR Poudre	2	906260000101	17,00
ILEO MIO 1PC CVX L	130	906050000445	943,80

Total			1 013,58 (2) ✓
-------	--	--	----------------

Intervention OA (3) 1 013,58 (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: 04/10/23.

Prescrit par : DR BODIN

☒ La prescription est annexée

En date du : 04.07.23

N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 128 514 02004

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) de .....02..... EUR qui est entièrement à ma charge.

☒ OUI ☐ NON

Date : 04/10/23

Signature :

Nom et prénom du bandagiste agréé: Joelle HENROTIN Phc 1-6-28092-80-201

N° d'identification INAMI : 1-6-28092-80-201

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 régime du tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte

IBAN BE18732007305565

BIC CREGBEBB

Date et signature du bandagiste agréé :

04/10/23



## 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: ..... Lipietz Rabe .....  
 Adresse: ..... 32 rue A. Diderich 1060 B-1 .....  
 Numéro d'identification à la Sécurité Sociale: 381118 ..... 281 ..... 67 .....  
 Nom ou numéro de la mutualité: ..... 403 .....

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"/>

**ALPHAMEDIS SA**

Avenue de l' Energie 8  
4432 ALLEUR

Le 23 octobre 2023

Page 1

N° téléphone 04/342.76.18  
N° télécopie 04/344.29.86  
N° de société 0456.605.328  
Tiers payant 00135000346  
**BIC** CREGBEBB  
**IBAN** BE18732007305565

EUROMUT - MUTUALITE LIBRE  
MUTUALITE 509  
74-76 BLD LOUIS METTEWIE  
1080 MOLENBEEK ST JEAN

**Relevé mensuel des mutuelles**

Date début 01/10/23  
Date fin 31/10/23

N° client M509

<b>N° relevé</b> 50900261 (référence à rappeler lors du paiement)
--

Date compta.	N° document	N° adhérent	Nom - prénom	Date livraison	Montant	Montant ouvert
03/10/23	VFA-23/09827	65112736375	KONEN YVES	16/10/23	564,24	564,24
				<b>Total</b> EUR	<b>564,84</b>	<b>564,84</b>

CAJ-23/09624

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 : KONEN YVES  
Mutualité : M509  
NISS : 65112736375  
Adresse du patient : 120 RUE VERVLOESEM 1200 WOLUWE-SAINT-LAMBERT

**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 : KONEN YVES  
Date de naissance du patient : 27/11/65

Période d'intervention de l'assurance du 01/10/23 au 31/12/23  
N° de nomenclature de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compte : 655896  
Budget disponible avant la délivrance (cf. carnet du patient) : 852,07 (1)

Dénomination	Quantité	Code du produit sur la liste	Prix réclamé
ALTERNA Free Soft	90	906020001216	462,60
60 GR STRIPS PATE	6	906250001181	101,64
Total			564,24 (2) ✓

Intervention OA (3) 564,24 (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 : 31/10/23

Prescrit par : DEWIT  
En date du : 25/11/23  
N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 18749605650  
☒ La prescription est annexée

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) de ..... EUR  
qui est entièrement à ma charge. ☒ OUI ☐ NON

Date : 31/10/23 Signature : 

Nom et prénom du bandagiste agréé : Joelle HENROTIN Phc 1-6-28092-80-201  
N° d'identification INAMI : 1-6-28092-80-201  
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 régime du tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte

IBAN BE18732007305565  
BIC CREGBEBB

Date et signature du bandagiste agréé : 31/11/23 

16/7

## 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: Ktonen Yus  
 Adresse: 120 Ave. Verveerocm 1200 Bxl  
 Numéro d'identification à la Sécurité Sociale: 651127-363-75  
 Nom ou numéro de la mutualité: 508

2. Motivation médicale
☐ Nouvelle stomie créée, date de l'opération: mm/aa/jjjjjj
☒ Stomie existante

☐ Réopération de la stomie existante, date de l'opération: mm/aa/jjjjjj
☐ Date de l'apparition de la fistule: mm/aa/jjjjjj
☐ 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 checked="" type="checkbox"/> ✓
	oui	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input 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-23/098

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  
indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

## Annexe 13ter

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

Nom et prénom du patient : MANNINO ROSARIO

Mutualité :

NISS :

Adresse du patient : 84 RUE FERDINAND NICOLAY 4041 VOTTEM

**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: MANNINO ROSARIO

Date de naissance du patient:

Période d'intervention de l'assurance du 01/09/23 au 30/11/23

N° de nomenclature de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compte : 655454 ✓

Budget disponible avant la délivrance (cf. carnet du patient) : 816,53 (1)

Dénomination	Quantité	Code du produit sur la liste	Prix réclamé
URIMED BAG 2000	20	906120000395	36,20
Total			36,20 (2) ✓

Intervention OA (3) 36,20 (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: 1/9/23

Prescrit par : Dr Hubert Nicolas

☒ La prescription est annexée

En date du : 01/09/23

N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 1 64 9237 4450

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) de ..... EUR  
qui est entièrement à ma charge.

OUI

☐ NON

Date : 1/9/23

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 régime du tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte

IBAN BE18732007305565

BIC CREGBEBB

Date et signature du bandagiste agréé :


1/9/23

Sylvie Halbardier ✓

Annexe 93

**PRESCRIPTION MEDICALE pour matériel de stomie (art. 27)**

(à compléter par stomie/fistule)

<b>1. Identification du bénéficiaire (ou vignette de la mutualité)</b>	
Nom et prénom du bénéficiaire: .....	<b>509</b> 
Adresse: .....	3404152759 MANNINO ROSARIO RUE FERDINAND NICOLAY 84 4041 VOTTEM N° BEN : 0810637716054 1 131/131
Numéro d'Identification à la Sécurité So	
Nom ou numéro de la mutualité: .....	

**2. Motivation médicale**

- ☒ Nouvelle stomie créée, date de l'opération: 25/8/23
- ☐ 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 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 type="checkbox"/>
Système urinaire <input type="checkbox"/> urostomie <input type="checkbox"/> cystostomie <input type="checkbox"/> fistule <input checked="" type="checkbox"/> autre stomie	non	non	<input checked="" type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>
	oui	non	<input type="checkbox"/>
		oui	<input type="checkbox"/>

cystocath