

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

CHRISTELIJK ZIEKENFONDS ST PIE
MUTUALITE 108
541 PLATTE LOSTRAAT
3010 KESSEL LO

Relevé mensuel des mutuelles

Date début 01/10/23
Date fin 31/10/23

N° client M108

N° relevé	10800084
(référence à rappeler lors du paiement)	

Date compta.	N° document	N° adhérent	Nom - prénom	Date livraison	Montant	Montant ouvert
02/10/23	VFA-23/09669	32082636865	VANDENPLAS AUGUSTA	20/10/23	608,70	608,70
				Total EUR	608,70	608,70

Cope Text

V/A-23/09669

Bijlage bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage 13ter

Te vervullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van de p **VANDENPLAS AUGUSTA** ✓
 Ziekenfonds : **M108**
 NISS : **32082630808**
 Adres van de patiënt : **78 LEUVENSEBAAN 3040 OTTENBURG** ✓

**GETUIGSCHRIFT VAN AFLEVERING BESTEMD VOOR DE BANDAGISTEN
 VOOR HET AMBULANTE AFLEVEREN VAN STOMAMATERIAAL (met uitzondering van irrigatiemateriaal)**

In te vullen door de erkende bandagist

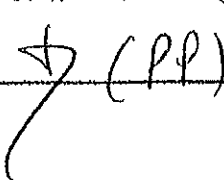
Naam en voornaam van de patiënt: **VANDENPLAS AUGUSTA**
 Geboortedatum van de patiënt: **28/08/32**

Periode van de verzekeringslegemoetkoming **01/10/23** tot **31/12/23**
 Nomenclatuurnummer van de maximale verzekeringslegemoetkoming waarvoor de patiënt in aanmerking komt: **655478** ✓
 Beschikbaar budget vóór de aflevering (cf. stomekafje) : **680,67** ✓ (1)

Benaming	Hoeveelheid	Code van het product op de lijst	Aangerekende prijs
NATURA PO URO T	60	906110004843	258,80 ✓
NATURA STOMAHE	45	906070007288	351,80 ✓
Totaal			✓ 608,70 (2)

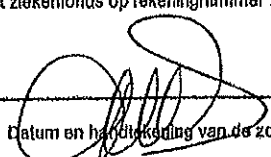
Tegemoetkoming VI (3) : **608,70** ✓ (Is gelijk aan aangerekende prijs (2) beperkt tot beschikbaar budget (1))
 Indien het beschikbaar budget (1) lager ligt dan de aangerekende prijs (2):
 Supplement voor de patiënt : **0,00** (Is gelijk aan de aangerekende prijs (2) - de tegemoetkoming VI (3))
 Datum van aflevering: **21/10/23**

Voorgeschreven door: **CORTY** ☐ Het voorschrift is toegevoegd
 Op datum van: **02/03/21**
 Inschrijvingsnr. R.I.Z.I.V. van de voorschrijver: **10631032004**

In te vullen door de patiënt (aanduiden wat van toepassing is)
 - Ik bevestig de bovenvermelde verstrekking(en) te hebben ontvangen. ☒ JA ☐ NEEN
 - Ik bevestig dat ik duidelijk werd geïnformeerd door de zorgverlener over het feit dat ik een bedrag (supplement) van EUR moet betalen dat volledig te mijnen laste valt. ☒ JA ☐ NEEN
 Datum: **21/10/23** Handtekening:  (PP)

Naam en voornaam van de erkende bandagist: **Carline VAN DAMME 1-8-20103-39-201**
 Inschrijvingsnummer RIZIV : **1-8-20103-39-201**
 Naam van de onderneming : **ALPHAMEDIS SA - Tél. 04/342.76.18**
 Straat en nummer : **Avenue de l' Energie 8**
 Gemeente en postnummer : **4432 ALLEUR**
 KBO nummer : **048805328**

In geval van de derdebetalerregeling is dit getuigschrift betaalbaar door het ziekenfonds op rekeningnummer :
 IBAN **BE18732007305565**
 BIC **CREGBEBB**

 **21/10/23**
 Datum en handtekening van de zorgverlener:

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

CARITAS CHRET BRABANT WALLON
MUTUALITE 109
54 BLD DES ARCHERS
1400 NIVELLES

Relevé mensuel des mutuelles

Date début 01/10/23
Date fin 31/10/23

N° client M109

N° relevé	10900196
(référence à rappeler lors du paiement)	

Date compta.	N° document	N° adhérent	Nom - prénom	Date livraison	Montant	Montant ouvert
31/10/23	VFA-23/09853	64111733393	PETIT PIERRE	06/09/23	450,98	450,98
Total EUR					450,98	450,98

Ghe tot

VFA-23/0.9853

Annexe 13
au Règlement du 22 juin 2015 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de loi relative à l'assurance
obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Compléter ci-dessous ou apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du patient : PETIT PIERRE

Mutualité : M109

NISS : 64111733393

Adresse du patient : 28 RUE DU BEAU SITE 1390 BIEZ

ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES ET ORTHOPEDISTES

A compléter par le dispensateur de soins

Nom et prénom du patient : PETIT PIERRE

Date de naissance du patient : 17/11/64

Dénomination et quantité	N° de la nomenclature		Code du produit sur la liste (le cas échéant)	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. O.A.	Quote-part personnelle patient A.R. 15.7.2002	Supplément pour le patient
	Ambulant	Hospitalisé						
90 CONVEEN Optima E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	903020000856	357,27	357,27	357,27	0,00	
20 Poch Jambes 60cm rob			903040001759	76,07	76,07	76,07	0,00	
2 CONVEEN Lingettes			903070000889	17,64	17,64	17,64	0,00	
Recupel								
Total (en EURO)				450,98	450,98	450,98	0,00	

Date de la fourniture : 06/09/23

Prescrit par : REULIAUX

☐ La prescription est annexée

En date du : 06/09/07

☐ L'autorisation par le médecin-conseil en date du .../.../... est annexée

N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 19174821004

Si le patient est hospitalisé :

N° de l'établissement :

Service :

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 (intervention personnelle + supplément) de
..... EUR qui est entièrement à ma charge.

☒ OUI

☐ NON

Date : 06/09/23

Signature : X

Nom et prénom du dispensateur de soins : Marie-Anne RAVET Phc 1-6-40447-44-201

N° d'identification INAMI : 1-6-40447-44-201

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

PIROT Virginie

1-6-46005-15-201

Alphamédix S.A. (04/342.76.18)

8, avenue de l'Energie - 4432 ALLEUR

BCE 0456 605 328

En cas de tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte

IBAN : B E 1 8 7 3 2 0 0 7 3 0 5 5 6 5

BIC : C R E G B E B B

Date et signature du dispensateur de soins :

06/09/23