Egre Test

**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

00135000346

Tiers payant BIC

**CREGBEBB** 

IBAN

BE18732007305565

MUT. CHRETIENNE TURNHOUT

MUTUALITE 105

22 KORTE BEGIJNENSTRAAT

2300 TURNHOUT

## Relevé mensuel des mutuelles

Date début

01/10/23

Date fin

31/10/23

N° client

M105

N° relevé 10500069 (référence à rappeler lors du paiement)

Date compta.	N° document	N° adhérent	Nom - prénom	Date livraison	Montant	Montant ouvert
05/10/23	VFA-23/09931	78100 <b>9125M51</b>	VAN DEN ACKERVEKEN WIM	26/09/23	1 016,43	1 016,43
			1	Total EUR	1 016,43	1 016,43

5/10/23 A239 V

VFX-23/0.3931

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 13	ter	
Te vervolledigen of k	deefpriefje V.I. aanbr	engen		
ν.				
Naam en voornaam van de	•	N WIM		
Ziekenfonds:	M105			
NISS:	781009125M51	T 2000 MILLIOTMET 751		
Adres van de patiënt :	73 RIJSVENNENSTRAA	I 2990 WUUSTWEZEL		
			STEMD VOOR DE BAN //ATERIAAL (met uitzo	IDAGISTEN ondering van irrigatiemateriaal)
in te vullen door de e	erkende bandagist			
Naam en voornaam van de p	atiënt: VAN DEN ACKER	VEKEN WIM		
Geboortedatum van de patië	nt: 09/10/78			
Periode van de verzekeringsl	tegemoetkomi 01/09/23	tot 30/11/23	•	
Nomenclatuurnummer van de	•			655933
Beschikbaar budget vóór de		1 157,86	(1)	
Benaming	Hoeveelheld	Code van het	Aangerekende prijs	7
201121111119		product op de lijst	, tangersteries prije	
COMBIPLAST Poch	90	906090002255	186,30	-
COMBIPLAST CVX 5	45	906080002446	485,55	
Manchons Tr. 60mm	90	906210000460	192,60	
ALTERNA Set coliqu	1	906200000255	151,98	
7.2.7.7.7.7.7.7.7.7.7.7.7.7.7.7.7.7.7.7	<u> </u>		101,00	
Totaal			1 016,43 (2)	✓
Tegemoetkoming VI (3): 1	016,43 (is gelijk	aan aangerekende prijs (2) t	eperkt tot beschikbaar budget	 t (1))
Indien het beschikbaar bud	get (1) lager ligt dan de aar	ngerekende prijs (2):	•	
Supplement voor de patiën	t: 0,00 (is:	gelijk aan de aangerekende j	orljs (2) - de tegemoetkoming '	VI (3))
Datum van aflevering: 5)	10/23			
·			<del></del>	
Voorgeschreven door: EEF			Het voorschrift is toege	voegd
Op datum van: 26/0				
Inschrijvingsnr. R.I.Z.I.V. van	de voorschrijver : 11	679392004		
In te vulien door de patiënt (a	anduiden wat van toenassin	ris)		
- Ik bevestig de bovenvermel				NEEN
- Ik bevestig dat Ik duidelijk w	** *	<del>-</del>	لكلا ليسا	
moet betalen dat volledig te n		X JA	] NEEN	<b>}</b>
Datum: 5/10/23		Handteken	ing:	<del>}</del>
Near or version was do a	when the same where A final and	- DIDOT 4 C 40005 45 004		
Naam en voornaam van de e Inschrijvingsnummer RIZIV:	rkende bandagist. Virginii	PIROT 1-6-46005-15-201		
Naam van de onderneming :	AI DHA	AMEDIS SA - Tél. 04/342,76.	19	
Straat en nummer :		e de l' Energie 8	, i u	
Gemeente en postnummer :		LLEUR		
KBO nummer :	04566			
		***************************************		
In geval van de derdebetalers		etaalbaar door het ziekenfon	ds op rekeningnummer :	
BAN BE187320073055 BIC CREGBEBB	ບວ			
DIO ONEGDESS				

Datum en handtekening van de zorgverlener :

Copie Tet

**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 0456.605.328

N° de société

00135000346

Tiers payant 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 Ilvraison	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

ijlage bij de Verordening	van 28 jull 2003 tot uitvo en uitkeringen, gecoördi	ering van artikel 22, 11° ineerd op 14 Juli 1994	U/A - £3/ o 9665 van de wet betreffende de	} verplichte verzekering voor
eneaskundiga vaizoigiiig	Off difficulty games on	Bijlage 13t	ter	
e vervolledigen of kl	eefbriefje V.I. aanbre			
lekenfonds : 188 : dres van de patiënt :	VANDENPLAS AUGUSTA M108 32082636865 76 LEUVENSEBAAN 3040 3ETUIGSCHRIFT VA	OTTENBURG V	STEMD VOOR DE BANI	DAGISTEN
VOOR HET	AMBULANTE AFLEV	EREN VAN STOMAI	WATERIAAL (met ditzoi	ndering van irrigatiemateriaal)
n te vullen door de e laam en voornaam van de pa seboorledalum van de pallën Periode van de verzekeringsh	atiënt: VANDENPLAS AU at: 26/08/32 egemgetkomi 01/10/23	tot 31/12/23		:55476 <b>\</b>
lomenclatuurnummer van de Beschikbaar budget vóór de a	maximale verzekeringstege	660,67 V	(1)	
Benaming	Hoeveelheld	Code van het product op de lijst	Aangerekende prijs	
NATURA PO URO T NATURA STOMAHE	60 45	906110004843 906070007288	266,80 V 351,90 V	
Totaal	_		608,70 (2)	
Supplement voor de patiën Dalum van aflevering:  Z Voorgeschreven door ; COI	get (1) lager ligt dan de aai t: 0,00 (ls:	ngerekende prijs (2): gelijk aan de aangerekende gelijk aan de aangerekende gelijk aan de aangerekende	prijs (2) - de tegemoelkoming \ Het voorschrift is toege	
Ile hoveetie de hovenverme	nandulden wat van toepassin Ide verstrekking(en) te hebbe verd geïnformeerd door de z mijnen laste valt.	en ontvangen.	lk een bedrag (supplement) var	NEEN 0EUR
Naam en voornaam van de d Inschrijvingsnummer RIZIV : Naam van de onderneming : Straat en nummer : Gemeente en postnummer : KBO nummer :	1-8-2: ALPH Aven 4432	e VAN DAMME 1-6-29103- 9103-39-201 IAMEDIS SA - Tél. 04/342.7 Je de l' Energie 8 ALLEUR 805328	(	
In geval van de derdebetale IBAN BE18732007305 BIC CREGBEBB	rsregeling is dit geluigschrift 665	betaalbaar door het zieken	fonds op rekeningnummer :	11017

**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 IBAN CREGBEBB

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

UFA-83/0.9853

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 Anne e soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 Annexe 13 Compléta ni-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 N° de la nomenclature Code du produit sur Prix Prix Interv. Quote-part Supplément et quantité la liste réclamé nomenclature O.A. personnelle pour le Ambulant Hospitalisé (le cas échéant) patient patient A.R. 15.7,2002 **V** 90 CONVEEN Optima E 90302 903020000656 357,27 357,27 357,27 0,00 20 Poch jambe.50cm rob 90304 903040001759 76.07 76,07 76.07 0.00 2 CONVEEN Lingettes 90307 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 L'autorisation par le médecin-conseil en date du ..../..... est annexée En date du : 06/09/07 N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur ; 19174821004 N° de l'établissement : Si le patient est hospitalisé : Service A remplir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s) Out 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. .....Q..... |∑ oui Signature: x Date: 06/09/23 Nom et prénom du dispensateur de soins : Marie-Anne RAVET Phc 1-6-40447-44-201 PIROT Virginie Nº d'identification INAMI ; 0447,44-201 1-6-46005-15-201 Nom de l'entreprise : EDIS SA - Tél. 04/342.76.18 Alphamédis S.A. (04/342.76.18) Rue et N°: e l' Energie 8 8, avenue de l'Energie - 4432 ALLEUR Commune et code postal : BCE 0456 605 328 N° BCE : 0456605328 En cas de tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte 7 3 2 0 0 7 3 0 5 5 6 5 IBAN BIC В

> Date et signature du dispensateur de soins : 06/09/23





Gho Tek

**ALPHAMEDIS SA** 

Avenue de l' Energie 8 4432 ALLEUR

Op 23 octobre 2023

**MUTUALITE 120** 

9000 GENT

17 MARTELAARSLAAN

MUT. CHRETIENNE VLAANDEREN

Pagina 1

Telefoon nr.

04/342.76.18

Fax nr. Bedrijf nr. 04/344.29.86 0456.605.328

Derde betaler 00135000346

BIC

**CREGBEBB** 

IBAN

BE18732007305565

Maandelijks overzicht van de ziekenfondsen

Begin datum

Eind datum

01/10/23 31/10/23

Overzichtnummer 12000108 Klantnummer M120

(verwijzing die bij de betaling moet herhaald worden)

Leverings Openstaand Boekhoud Document Lid nr. Naam - Voornaam datum Bedrag bedrag datum nr. COWELL MARTINE 53041019069 175.80 175.80 06/10/23 VFA-23/09879 Total EUR 175,80 175,80

Bijle bij de Verorder	ning van 28 juli 2003 tot ui	voering van artikel 22-11	VFA- 23/	10987% . de verplichte verzekering voor
gene 'undige verzor	ging en uitkeringen, geco	ordineerd op 14 juli 1994	vali de wet betiellelide t	Solds
		Bijlage 13	8ter	solds.
Te vervc 'edigen o	f kleefbriefje V.I. aank	rengen		
Naam en voornaam van	de p COWELL MARTINE			
Ziekenfonds:	M120			
NISS : Adres van de patiënt :	53041019069 1 AVENUE LORETTE 1	300 LACNE		
Adres vall de patient :	TAVENUE LORETTE	300 LASNE		
VOOR HE			STEMD VOOR DE BAN MATERIAAL (met uitze	NDAGISTEN ondering van irrigatiemateriaal)
In te vullen door d	e erkende bandagist			
Naam en voornaam van d	e patiënt: COWELL MART	NE		
Geboortedatum van de pa	tiënt: 10/04/53			
Periode van de verzekerir	gstegemoetkomi 01/09/2	23 tot 30/11/23	3	
Nomenclatuurnummer vai	n de maximale verzekeringste	gemoetkoming waarvoor de p	atiënt in aanmerking komt:	655911
Beschikbaar budget vóór	de aflevering (cf. stomakaftje)	231,07	(1)	
Benaming	Hoeveelheid	Code van het product op de lijst	Aangerekende prijs	
MIO CLICK OPAQ M	30	906110001081	137,40 🗸	
Poche de nuit 2000cc	20	906120001385	38,40 🎸	-
			/	7
Totaal			175,80 (2)	
Tegemoetkoming VI (3)			beperkt tot beschikbaar budge	ot (1))
Supplement voor de pat	udget (1) lager ligt dan de a		prijs (2) - de tegemoetkoming	VI (3))
Datum van aflevering:	5/10/22	Solde .	prijo (2) * do togornocikoming	V1 (0))
	3/10/13	2000		
Voorgeschreven door: A	SSENMACHER		Het voorschrift is toege	evoegd
Op datum van : 2	8/04/23			
Inschrijvingsnr. R.I.Z.I.V. v	an de voorschrijver :	8459989450		
In te vullen door de patiën	t (aanduiden wat van toepassi	na is)		
	nelde verstrekking(en) te hebb		JA 🗍	NEEN
- Ik bevestig dat ik duidelij	k werd geïnformeerd door de a	orgverlener over het feit dat i	k een bedrag (supplement) va	nEUR
moet betalen dat volledig	e mijnen laste valt,	JA	NEEN	
Datum: 6	0/37	Handteker	ning:	
Naam en voornaam van d	23.	e VAN DAMME 1-6-29103-39	9-201	
Inschrijvingsnummer RIZI\ Naam van de ondernemin		9103-39-201 IAMEDIS SA - Tél. 04/342.76	110	
Straat en nummer :	7. 10. 2	ue de l' Energie 8	5.10	
Gemeente en postnumme		ALLEUR		
KBO nummer :	0456	605328		
In geval van de derdebeta	ersregeling is dit getulgschrift	betaalbaar door het ziekenfo	nds op rekeningnummer :	
IBAN BE1873200730				
BIC CREGBEBB			08.1	C/10/27
			1 WHY	011019
		Datum er	n handtekenibg van de zorgver	rlener :

----

Gre Tet

**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

MUT. CHRET. SINT-MICHIELSBOND **MUTUALITE 126** 1805 HAACHTSESTEENWEG 1130 BRUSSEL (HAREN)

## Relevé mensuel des mutuelles

Date début

01/10/23

Date fin

31/10/23

N° client

M126

N° relevé 12600099 (rétérence à rappeler lors du paiement)

Date compta.	N° document	N° adhérent	Nom - prénom	Date livraison	Montant	Montant ouvert
01/10/23	VFA-23/09910	50021601188	DELECLUYSE MARK	01/10/23	110,65	110,65
				Total EUR	110,65	110,65

			Bijlage 1	3				
Invullen of kleefbriefje	V.I. aanbrer	ngen						
···								
Vaam en voomaam van de	•	SE MARK \/						
liekenfonds :	M126							
NSS : Adres van de patiënt :	5002160118		DE-SAINT-GENESE					
			·				<del></del>	
GETUIGSCHR	IFT VAN AF	LEVERINGE	N BESTEMD VOC	R DE BANI	DAGISTEN EN	DE ORT	HOPEDISTE	N
n te vullen door de z	-							
laam en voomaam van de Seboortedatum van de pat								
Benaming en	Nummer van de	e nomenciatuur	Code van het product	Aangere-	Nomen-	Tege-	Persoon- lijk	Supple- mer
hoeveelheid	Ambulant	Gehospita -liseerd	op de lijst (indien van toepassing)	kende prijs	clatuur- prijs	moet- koming V.I.	Aandeel rechth-hebbe KB.	voor de recht- hebbende
	V	-1136610	(5)			••••	15.7.2002	neukiide
20 CONVEEN Contour 8	90304		903040001462 √	70.03	***			
20 CONVEEN Nuit 1500	90305		903040001462	76,07 34,58	76,07 34,58	76,07 34,58	0,00	
Recupel			0000000170	07,00	V4,00		00,00	
Totaal (en EURO)				110,65	110,65	110,65	0,00	
				· · · · · / · ·	·	1	,∠	
Datum van de levering :	01/10/23					·		
<del></del>				Het voors	schrift is toegevoeg	d		
oorgeschreven door FINE	ī			F	schrift is toegevoeg emming van de adv		esheer vanJ	is toege
p datum van: 31/00	3/19	ver: 120108	375170	F			eesheer vanJ	is toege
porgeschreven door FINE p datum van : 31/0:	3/19	ver: 120108	375170	De toeste			esheer vanJ	is toege
p datum van : 31/0: schrijvingsnr. R.I.Z.I.V. va	3/19	ver: 120108	375170	De toeste	emming van de adv		esheer vanJ	is toege
ischrijvingsnr. R.I.Z.I.V. vai oor opgenomen patiënt : te vullen door de patiënt ( k bevestig de bovenvermeld k bevestig dat ik duidelijk we	3/19 n de voorschrijv aanduïden wat le verstrekking(e	van toepassing n) te hebben ont l door de zorgver	is) van []JA	Nr. var Dienst	emming van de adv n de instelling ; :	iserend gene		is toege
p datum van : 31/0: schrijvingsnr. R.I.Z.I.V. van oor opgenomen patiënt :  te vullen door de patiënt ( k bevestig de bovenvermeld k bevestig dat ik duidelijk we	aanduïden wat be verstrekking(e erd geinformeerd alen dat volledig	van toepassing n) te hebben ont I door de zorgver I te mijne Carine VAN DAM I-6-29103-39-20	is) van JA lener over het leit dat ik d	Nr. var Dienst	emming van de adv n de instelling ; ; ]NEEN rsoonlijk aandeel +	iserend gene		.J is toege

ONTIVANCETREMAN

01/10/23