

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. 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	781009125M51	VAN DEN ACKERVEKEN WIM	26/09/23	1 016,43	1 016,43
Total EUR					1 016,43	1 016,43

Epie Test

VFA-23/09931

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 patiënt: VAN DEN ACKERVEKEN WIM

Ziekenfonds : M105

NISS : 781009125M51

Adres van de patiënt : 73 RIJSVENNENSTRAAT 2990 WUUSTWEZEL

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: VAN DEN ACKERVEKEN WIM

Geboortedatum van de patiënt: 09/10/78

Periode van de verzekeringslegemoetkomi 01/09/23 tot 30/11/23

Nomenclatuurnummer van de maximale verzekeringslegemoetkoming waarvoor de patiënt in aanmerking komt: 655933

Beschikbaar budget vóór de aflevering (cf. stomakafijle) : 1 157,86 (1)

Benaming	Hoeveelheid	Code van het product op de lijst	Aangerekende prijs
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

Totaal			1 016,43 (2) ✓
--------	--	--	----------------

Tegemoetkoming VI (3) : 1 016,43 (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: 5/10/23

Voorgescreven door : EERDEKENS

☐ Het voorschrift is toegevoegd

Op datum van : 26/01/21

Inschrijvingsnr. R.I.Z.I.V. van de voorschrijver : 11679392004

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 : 5/10/23

Handtekening :

Naam en voornaam van de erkende bandagist: Virginie PIROT 1-6-46005-15-201

Inschrijvingsnummer RIZIV :

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 : 0456605328

In geval van de derdebetalersregeling is dit getuigschrift betaalbaar door het ziekenfonds op rekeningnummer :

IBAN BE18732007305565

BIC CREGBEBB

Datum en handtekening van de zorgverlener :

5/10/23

✓

Copie 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
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	32082638865	VANDENPLAS AUGUSTA	20/10/23	608,70	608,70
				Total EUR	608,70	608,70

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 door de erkende bandagist

Naam en voornaam van de p **VANDENPLAS AUGUSTA** ✓
 Ziekenfonds : **M108**
 NISS : **32082636865**
 Adres van de patiënt : **76 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: **26/08/32**

Periode van de verzekerings tegemoetkomi **01/10/23** tot **31/12/23**
 Nomenclatuurnummer van de maximale verzekerings tegemoetkoming waarvoor de patiënt in aanmerking komt: **655476** ✓
 Beschikbaar budget vóór de aflevering (cf. stomakaffje) : **660,57** ✓ (1)

Benaming	Hoeveelheid	Code van het product op de lijst	Aangerekende prijs
NATURA PO URO T	60	906110004843	256,80 ✓
NATURA STOMAHE	45	906070007288	351,90 ✓
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 : **10531032004**

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: **Carine VAN DAMME 1-6-29103-39-201**
 Inschrijvingsnummer RIZIV : **1-6-29103-39-201**
 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 : **0456605328**

In geval van de derdebetalersregeling is dit getuigschrift betaalbaar door het ziekenfonds op rekeningnummer :

IBAN **BE18732007305565**
 BIC **CREGBEBB**

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

Gpé Tat

VFA-23/0-9853

Annexe 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

Annexe 13

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"/>	903020000656	357,27	357,27	357,27	0,00	
20 Poch Jamb. 50cm 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'Énergie 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'Énergie - 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

ALPHAMEDIS SA

Avenue de l' Energie 8
4432 ALLEUR

Op 23 octobre 2023

Pagina 1

Telefoon nr. 04/342.76.18
Fax nr. 04/344.29.86
Bedrijf nr. 0456.605.328
Derde betaler 00135000346
BIC CREGBEBB
IBAN BE18732007305565

MUT. CHRETIENNE VLAANDEREN
MUTUALITE 120
17 MARTELAARSLAAN
9000 GENT

Maandelijks overzicht van de ziekenfondsen

Begin datum 01/10/23
Eind datum 31/10/23

Klantnummer M120

Overzichtnummer 12000108 (verwijzing die bij de betaling moet herhaald worden)
--

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

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

VFA-23/09879

Solde

Bijlage 13ter

Te vervullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van de patiënt: COWELL MARTINE
Ziekenfonds : M120
NISS : 53041019069
Adres van de patiënt : 1 AVENUE LORETTE 1380 LASNE

**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: COWELL MARTINE
Geboortedatum van de patiënt: 10/04/53
Periode van de verzekeringstegemoetkoming: 01/09/23 tot 30/11/23
Nomenclatuurnummer van de maximale verzekeringstegemoetkoming waarvoor de patiënt in aanmerking komt: 655911
Beschikbaar budget vóór de aflevering (cf. stomakafte): 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 ✓
Totaal			✓ 175,80 (2)

Tegemoetkoming VI (3): 175,80 ✓ (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: 6/10/23 Solde

Voorgeschreven door: ASSENMACHER ☐ Het voorschrift is toegevoegd
Op datum van: 28/04/23
Inschrijvingsnr. R.I.Z.I.V. van de voorschrijver: 18459989450

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: 6/10/23 Handtekening:

Naam en voornaam van de erkende bandagist: Carine VAN DAMME 1-6-29103-39-201
Inschrijvingsnummer RIZIV: 1-6-29103-39-201
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: 0456605328

In geval van de derdebetalersregeling is dit getuigschrift betaalbaar door het ziekenfonds op rekeningnummer:

IBAN BE18732007305565
BIC CREGBEBB

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

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
(référence 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

Geve Test

VFA - 23/09/10

Bijlage bij de verordening van 22 juni 2015 tot wijziging van 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

Invullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van de p DELECLUYSE MARK ✓

Ziekenfonds : M126

NISS : 50021601188

Adres van de patiënt : 13 ZONNELAAN 1640 RHODE-SAINT-GENESE ✓

GETUIGSCHRIFT VAN AFLEVERINGEN BESTEMD VOOR DE BANDAGISTEN EN DE ORTHOPEDISTEN

In te vullen door de zorgverlener

Naam en voornaam van de patiënt DELECLUYSE MARK

Geboortedatum van de patiënt : 16/02/50

Benaming en hoeveelheid	Nummer van de nomenclatuur		Code van het product op de lijst (indien van toepassing)	Aangerekende prijs	Nomenclatuur-prijs	Tegemoetkoming V.I.	Persoonlijk Aandeel rechth-hebbe KB. 15.7.2002	Supplement voor de rechth-hebbende
	Ambulant	Gehospita-liseerd						
20 CONVEEN Contour 8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	903040001462 ✓	76,07	76,07	76,07	0,00	
20 CONVEEN Nuit 1500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	903050000776 ✓	34,58	34,58	34,58	0,00	
Recupel								
Totaal (en EURO)				110,65	110,65	110,65	0,00	

Datum van de levering : 01/10/23

Voorgeschreven door FINET

☐ Het voorschrift is toegevoegd

Op datum van : 31/03/19

☐ De toestemming van de adviserend geneesheer van is toegevoegd

Inschrijvingsnr. R.I.Z.I.V. van de voorschrijver : 12010875170

Voor opgenomen patiënt :

Nr. van de instelling :

Dienst :

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 (persoonlijk aandeel + supplement) van

..... Euro moet betalen dat volledig te mijne

☒ JA

☐ NEEN

Datum : 01/10/23

Handtekening : 

Naam en voornaam van de zorgverlener : Carine VAN DAMME 1-6-29103-39-201

Inschrijvingsnummer RIZIV : 1-6-29103-39-201

Naam van de onderneming : ALPHAMEDIS SA - Tél. 04/342.78.18

Straat en nummer : Avenue de l' Energie 8

Gemeente en postnummer : 4432 ALLEUR

KBO nummer : 0456605328

In geval van de derdebetalersregeling is dit getuigschrift betaalbaar door het ziekenfonds op rekeningnummer :

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
---	---	---	---	---	---	---	---

Datum en handtekening van de zorgverlener :
01/10/23