Avenue de l' Energie 8 4432 ALLEUR

Le 23 octobre 2023

Page 1

N° téléphone 04/342.76.18

N° télécopie N° de société 0456.605.328

04/344.29.86

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

N° relevé 13000250 (référence à rappeler lors du palement)

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-83/09848.

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	Nom et prénom du patient : Mutualité : NISS : Adresse du patient : POUR LA DI A compléter par le benom et prénom du patient: Date de naissance du patient Période d'Intervention de l'ass	ZANELLA GELINDO M130 570220 067. 59 446 RUE DE VISE 4020 W ATTESTATION DE ÉLIVRANCE AMBULA andagiste agréé ZANELLA GELIND ; 20/02/57 surance du 01/07/23 vention maximale de l'assura	/ANDRE E FOURNITURES DES ATOIRE DE MATÉRIE O au 30/09/23 ince pour laquelle le patient e	L DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrig
Authorities M130 S70220 067 59 Midrose 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 pour la patient 2002/57 Période d'insissance du patient 2002/57 Periode d'insissance du patient 2002/57 Periode d'insissance d'insissance 2002/57 Periode d'insissance 2002/57 Periode d'insissance 2002/57 Periode d'insissance 2002/57 Periode d'insissance d'insissan	Mutualité : NISS : Adresse du patient : POUR LA DI A compléter par le benom et prénom du patient: Date de naissance du patient Période d'intervention de l'assence de nomenclature de l'intervention de l'in	M130 570220 067 59 446 RUE DE VISE 4020 W ATTESTATION DE ÉLIVRANCE AMBULA andagiste agréé ZANELLA GELIND : 20/02/57 surance du 01/07/23 vention maximale de l'assura silivrance (cf. carnet du patien	E FOURNITURES DES ATOIRE DE MATÉRIE O au 30/09/23	L DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrig
Inducalité: M130 ISS: 70220 067 59 Adrosse du patient: 46 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 Non el prénom du patient: 2ANELIA GELINDO Dela de naissance du patient: 2002/57 Période difficierement 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 : 659955 V Budged disponible avent la déliviance (cf. carnet du patient): 1052_22 Dénomination Quentité Cade du produit sur Prix réclamé Is liste M10 FLEX ILEO FEN 50 9060030000134 198,00 M10 FLEX VILIGH 50 906003000014 198,00 M10 FLEX VILIGH 50 906002000014 198,00 M10 FLEX VILIGH 50 906002000014 198,00 M10 FLEX VILIGH 50 9060020000014 198,00 M10 FLEX VILIGH 50 9060020000014 198,00 M10 FLEX VILIGH 50 9060020000014 198,00 M10 FLEX VILIGH 50 90600200000014 198,00 M10 FLEX VILIGH 50 90600200000014 198,00 M10 FLEX VILIGH 50 90600200000014 198,00 M10 FLEX VILIGH 50 90600200000000000000000000000000000000	Mutualité : NISS : Adresse du patient : POUR LA DI A compléter par le be Nom et prénom du patient: Date de naissance du patient Période d'intervention de l'asse	M130 570220 067 59 446 RUE DE VISE 4020 W ATTESTATION DE ÉLIVRANCE AMBULA andagiste agréé ZANELLA GELIND : 20/02/57 surance du 01/07/23 vention maximale de l'assura silivrance (cf. carnet du patien	E FOURNITURES DES ATOIRE DE MATÉRIE O au 30/09/23	L DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrig
ACOMPLO REVISE 4020 WANDRE ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES POUR LA DÉLIVRANCE AMBULATOIRE DE MATÉRIEL DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrigatio A compléter par le bandagiste agréé ACOMPLÉTION DE POURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES POUR LA DÉLIVRANCE AMBULATOIRE DE MATÉRIEL DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrigatio A compléter par le bandagiste agréé ACOMPLÉTION DE POURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES POUR LA DÉLIVRANCE AMBULATOIRE DE MATÉRIEL DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrigatio ACOMPLÉTION DE POUR DE MATÉRIEL DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrigatio ACOMPLÉTION DE POUR DE MATÉRIEL DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrigatio ACOMPLÉTIE DE POUR DE POUR DE MATÉRIEL DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrigatio ACOMPLÉTIE DE POUR DE L'ASSURANCE POUR DE MATÉRIEL DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrigatio Dénomination Dénomination Ouentité Code du produit sur l'exception de nitre en ligne de compte : 65985 V Dénomination Ouentité Code du produit sur l'externére en ligne de compte : 65985 V Dénomination Ouentité Code du produit sur l'externére en ligne de compte : 65985 V Dénomination Ouentité Code du produit sur l'externére en ligne de compte : 65985 V Dénomination Ouentité en l'externére en ligne de compte : 65985 V Dénomination Ouentité l'externére en ligne de compte : 65985 V Dénomination Ouentité en l'externére en ligne de compte : 65985 V Dénomination Ouentité en l'externére en ligne de compte : 65985 V Dénomination Ouentité en l'externére en ligne de compte : 65985 V Dénomination Ouentité en l'externére en ligne de compte : 65985 V Dénomination Ouentité en l'externére en ligne de compte : 65985 V Ouentité en l'externére en ligne de compte : 65985 V Ouentité en l'externére en ligne de l'externére l'externére en ligne de compte : 65985 V Ouentité en l'externére en ligne de l'externére l'externére en ligne de compte : 65985 V Ouentité en l'externére en ligne de l'externére en ligne de compte : 65985 V Oue	Adresse du patient : POUR LA DI A compléter par le be Nom et prénom du patient: Date de naissance du patient Période d'intervention de l'asse	570220 067. 59 446 RUE DE VISE 4020 W ATTESTATION DE ÉLIVRANCE AMBULA andagiste agréé ZANELLA GELIND 20/02/57 surance du 01/07/23 vention maximale de l'assura silivrance (cf. carnet du patien	E FOURNITURES DES ATOIRE DE MATÉRIE O au 30/09/23	L DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrig
ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES POUR LA DÉLIVRANCE AMBULATOIRE DE MATÉRIEL DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrigatio A compléter par le bandagiste agréé An et prénom du patient: ZANELLA GELINDO Date de naissance du patient: 2002/57 Prédiced l'intervention de l'assurance du 0 1/07/23 au 30/09/23 N' de nomericulaure de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compte : 656955 M' de nomericulaure de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compte : 656955 Dénomination Quantité Code du prédictir le liste Dénomination Quantité Prix declamé In 198,00 Dénomination Quantité Prix declamé NO FLEX ILEO FEN 90 9060100000134 198,00 MO FLEX ULCO FEN 90 9060100000134 525,00 SO GR ADAPT Pâte 4 906025000045 64,20 CAN/LON Film protec 2 906027000076 34,96 GO GR ADAPT Pâte 4 906025000045 107,20 Total 948,16 (est égal au prix réclamé (2) l'inité au budget disponible (1)) Intervention OA (3) 948,16 (est égal au prix réclamé (2) l'inité 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'initervention OA (3)) Oute de la fourniture: 5 2 - 25 Prescrit par : JULEMONT En date du : 26/3/23 N' d'idenfilication INA.M.M. du prescriptour : 16839980004 A rempir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir régul al(se) prestation (a) summentionnée(s) - Je certifie avoir dét éclarement informé par le disponateur de soins du fait que je dois payer un moprignit (supplément) de	POUR LA DI A compléter par le bounce de prénom du patient: Date de naissance du patient Période d'intervention de l'asse	ATTESTATION DE ÉLIVRANCE AMBULA andagiste agréé ZANELLA GELIND : 20/02/57 surance du 01/07/23 vention maximale de l'assura	E FOURNITURES DES ATOIRE DE MATÉRIE O au 30/09/23	L DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrig
ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES POUR LA DÉLIVRANCE AMBULATOIRE DE MATÉRIEL DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrigatio A compléter par le bandagiste agréé Nom et prénom du patient: ZANELLA GELINDO Date de naissance du patient: ZO02/57 Péridode d'inhervention de l'assurance du patient: ZO02/57 Péridode d'inhervention de l'assurance du patient: ZO02/57 Péridode d'inhervention de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compte : 655965 V 10 de nomenclaire de frintervention du patient): 1 052,22 (1) Dénomination Quantité La présondé produit sur Prix réclamé In liste MIO FLEX (LEO FEN 90 90 906010000183 198,00 906000000134 525,00 906000000134 525,00 906000000134 525,00 906000000134 94,98 QAPLEX (LEO FEN 90 9060024000004 18,80 94,98 QAPLEX (LEO FEN 90 9060024000004 18,80 94,16 QAR ADAPT Pâte 4 90600250000045 107,20 Total Total Total Total 104,16 Qate de la fourniture: 104,10 Total Total 104,16 Qate de la fourniture: 105 QATERIA (2) - Fintervention OA (3) Cest égal au prix réclamé (2) - Fintervention OA (3) Cest égal au prix réclamé (2) - Fintervention OA (3) Cest égal au prix réclamé (2) - Fintervention OA (3) Lu presoription est annoxée Endate du : 20,15/2/3-3 N' didentification IN.A.M. du presoripteur: 16839990004 A rempilr par le patient (cocher ce qui convient) - Ja certific avoir reçu la (legs) prestation(s) susmernionnée(s) Date : 5 7 2 2 Nom et prénom du bandagiste agréé: N' d'identification IN.A.M.I. Avanue de l' Energie B Avanue de l' Energie B Avanue de l' Energie B Commune et coda postal : 443 & AULEUR N' 60CE : 045695328	POUR LA DI A compléter par le bance Nom et prénom du patient: Date de naissance du patient Période d'intervention de l'asse	ATTESTATION DE ÉLIVRANCE AMBULA andagiste agréé ZANELLA GELIND; 20/02/57 surance du 01/07/23 vention maximale de l'assura	E FOURNITURES DES ATOIRE DE MATÉRIE O au 30/09/23	L DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrig
POUR LA DÉLIVRANCE AMBULATOIRE DE MATÉRIEL DE STOMIE (à l'exception du matériel d'Irrigatio A compléter par le bandagiste agréé Nom et prénom du patient: ZANELIA GELINDO Date de naissance du patient: 20/02/57 Période d'intervention de l'assurance du 01/07/73 au 30/09/23 N' de nomenchalture de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compts: 655855 Déficemination Quantité Code du produit sur la liste Définemination Quantité Code du produit sur la liste Prix réclamé In liste MIO FLEX ILEO FEN 80 96008000134 525,00 60 GR ADAPT Pâte 4 960025000456 64,20 CAVILON Film protec 2 96002700076 34,96 CENTURE BRAVA 1 2 906025000045 107,20 Total A GR BRAVA ELAS 4 906025000045 107,20 Total Total Total (est égal au prix réclamé (2) : l'intervention OA (3)) Site 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 2 - 2 3 N' d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 16839990004 A rempir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir rècu la (les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir rècu la (les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir rècu la (les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir rècu la (les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir rècu la (les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir rècu la (les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir rècu la (les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir rècu la (les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir rècu la (les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir rècu la (les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du feit que je dois payer un moptent supplét pagit de	A compléter par le b Nom et prénom du patient: Date de naissance du patient Période d'Intervention de l'ass N° de nomenclature de l'inter	ÉLIVRANCE AMBULA andagiste agréé ZANELLA GELIND ; 20/02/57 surance du 01/07/23 vention maximale de l'assura slivrance (cf. carnet du patien	O au 30/09/23	L DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrig
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 Sudget disponible event la délivrance (cf. carnet du patient) : 1 052/22 (1) Dénomination Quantité Code du produit sur la liste Prix réclamé Islate Prix Prix réclamé Islate Prix Prix réclamé Islate Prix réclamé Islate Prix Prix réclamé Islate Prix Prix réclamé Islate Prix Prix réclamé Islate Prix réc	Nom et prénom du patient: Date de naissance du patient Période d'Intervention de l'as: N° de nomenclature de l'inter	ZANELLA GELIND; 20/02/57 surance du 01/07/23 vention maximale de l'assura	au 30/09/23 ince pour laquelle le patlent e	ntre en ligne de compte : 655955
Nom et prénom du patient: ZANELLA GELINDO Date de naissance du patient: 20/02/57 Période d'intervention de l'assurance du 10/107/23 au 30/09/23 N' de nomenciature 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 Quentité Cade du produit sur la titule l'estimate la liste Prix réclamé la liste MOF FLEX LEO FEN 60 906010000183 198,00 MIG FLEX LEO FEN 90 906008000134 525,00 60 GR ADAPT Péte 4 906025000045 64,20 CAVILON Film protec 2 906027000076 34,96 60 CEINTURE BRAVA 1 2 906024000034 18,80 84 GR BRAVA ELAS 4 906025000045 107,20 Total 948,16 (2) Intervention OA (3) 949,16 (est égal au prix réclamé (2) limité au budget disponible (1)) SI le budget disponible (1) est inférieur au prix réclamé (2) l'imité au budget disponible (1)) SI le budget disponible (1) est inférieur au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: 5 - 2 - 2 3 N' didentification I.N.A.M.I. du prescripteur : 16839980004 A remplir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir reçu ta(les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir reçu ta(les) prestation service de soins du fait que je dois payer un montion (supplé) pagi de EUR Oul NON NON NON NON NON NON NON NON NON NO	Nom et prénom du patient: Date de naissance du patient Période d'Intervention de l'as: N° de nomenclature de l'inter	ZANELLA GELIND; 20/02/57 surance du 01/07/23 vention maximale de l'assura	au 30/09/23 ince pour laquelle le patlent e	ntre en ligne de compte : 655955 √
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 iste Prix réclamé la liste Prix réclamé la liste Prix réclamé (a liste CAVILIGH 50 906001000183 198,00 MMO FLEX CVX LIGH 50 90600134 525,00 MMO FLEX CVX LIGH 50 906008000134 525,00 MMO FLEX CVX LIGH 50 9060025000456 64,20 CAVILON Film protec 2 906027000076 34,96 CEINTURE BRAVA 1 2 906026000034 18,86 UM 18,86 UM 18,86 UM 18,86 UM 19,86 UM	Date de naissance du patient Période d'Intervention de l'as: N° de nomenclature de l'inter	; 20/02/57 surance du 01/07/23 vention maximale de l'assura blivrance (cf. carnet du patien	au 30/09/23 ince pour laquelle le patlent e	ntre en ligne de compte : 655955 V
N' de nomenclature de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de comple : 655955 Vi de nomenclature de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de comple : 655955 Définomination Quentité Code du produit sur la liste Prix réclamé I liste I liste I liste Prix réclamé I liste I liste	N° de nomenclature de l'inter	vention maximale de l'assura ilivrance (cf. carnet du patien	nce pour laquelle le patient e	ntre en ligne de compte : 655955 V
Dénomination		ilivrance (cf. carnet du patien		ntre en ligne de compte : 655955 V
Dénomination		ilivrance (cf. carnet du patien		
Dénomination Quantité Code du produit sur la liste Prix réclamé	Budget disponible avant la de		t): 1 052,22	(1)
Mio FLEX ILEO FEN		Ouantité !		* ,
MIO FLEX CVX LICH 60 GR ADAPT Pâte CAVILON Film protec 2 906027000076 34,96 CEINTURE BRAVA 1 2 906027000076 18,80 84 GR BRAVA ELAS 4 906025000045 107,20 Total Total 948,16 (2) Intervention OA (3) 948,16 (est égal au prix réclamé (2) limité au budget disponible (1)) \$1 is 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 - 2 - 23 Prescrit par: JULEMONT En date du: 26 97 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(jes) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir récu la(jes) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un moptignt (supplément) de	Denomination	Quantite		.] .
MIO FLEX CVX LICH 60 GR ADAPT Pâte 60 GR ADAPT Pâte CAVILON Film protec 2 906027000076 34,96 24,96 25,00 26 HOLD Film protec 2 906027000076 34,9			00004000400	108.00
MODIFIEX CVALIGN Gold Record	MIO FLEX ILEO FEN	1		
CAVILON Film protec CAVILON Film protec CEINTURE BRAVA 1 2 906024000034 84 GR BRAVA ELAS A 906025000045 107,20 Total Total 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 Date de la fourniture: 5 - 2 - 23 Prescrit par: JULEMONT En date du: 2 G/S/ 23 N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur: 16839990004 A remplir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un moptent (supplément) de	MIO FLEX CVX LIGH		i	, and the second
CRINTURE BRAVA 1	60 GR ADAPT Pâte	4		
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 - 2 - 23 Prescrit par : JULEMONT La prescription est annexée En date du : 26/2/23 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) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de	CAVILON Film protec	2	906027000076	
Total 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 : 26/51/63 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) Signature : Julemont OUI NON NON NON Signature : Signature : Signature : Nom et prénom du bandagiste agréé: Sylvie HALBARDIER Phc 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	CEINTURE BRAVA 1	2	906024000034	· ·
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 En date du : 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2	84 GR BRAVA ELAS	. 4	906025000045	107,20
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 - 2 - 23 Prescrit par : JULEMONT 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) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de	Total			948,16 (2)
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 - 2 - 23 Prescrit par : JULEMONT En date du : 26/5/23 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) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un mortant (supplément) de	Intervention OA (3)	948 16 (est égal	au prix réclamé (2) limité au	budget disponible (1))
Supplément pour le patient : 0,00 (est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: 5 - 2 - 23 Prescrit par : JULEMONT En date du : 26/5/23 · N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 16839990004 A remplir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir réclairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un moptant (supplément) de	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			
Prescrit par: JULEMONT En date du: 26/9/83 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) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un moptant (supplément) de			t égal au prix réclamé (2) - l'ir	ntervention OA (3))
Prescrit par: JULEMONT En date du: 26/5/23 N° d'Identification I.N.A.M.I. du prescripteur: 16839990004 A remplir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir reçu ta(les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (suppléfment) de	_		(ogai da piix (oalaiii a (=) · · · ·	(<i>n</i>
En date du: 26/3/23 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) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de	Date de la fourniture:)	_ + - 67	···	
En date du: 26/5/23 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) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de	m	EMONT		La prescription est annexée
N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 16839990004 A rempilr par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un moptant (supplément) de		-		Employee Control of the Control of t
A remplir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir reçu ta(les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de		•		
- Je certifie avoir reçu ta(les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de	N° d'identification I.N.A.M.I.	du prescripteur :	0038980004	
- Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un moptant (supplément) de	A remails par le patient (cocl	per ce qui convient)		
- Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de			e(s)	S oui Non
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	le certifie avoir été clairam	ent informé nar le dispensati	eur de soins du fait que le doi	s payer un moptant (supplément) de EUR
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	- Je certine avoir etc cian cin	arge	[5] OUI [I NON // ASTA
Nom et prénom du bandagiste agréé: N° d'identification INAMI: N° d'identification INAMI: 1-6-42957-56-201 ALPHAMEDIS SA - Tél. 04/342.76.18 Rue et N°: Avenue de l' Energie 8 Commune et code postal: N° BCE: 0456605328	•	arge.		- 1///V
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	Date: 5-7-23		Olginature :	
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	Nom et prénom du handagi	ste agréé: Sylvie	HALBARDIER Phc 1-6-4295	57-56-201
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	-	•		
Rue et N°: Commune et code postal: N° BCE: Avenue de l' Energie 8 4432 ALLEUR 0456605328				3.18
Commune et code postal : 4432 ALLEUR N° BCE : 0456605328	,			
N° BCE : 0456605328			-	
	•			•
Vu le régime du tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte				
	Vu le régime du tiers payan	t, la présente est payable pa	r la mutualité au compte	
	BIC CREGBEBB			

Date et signature du bandagiste agréé : 5 - 7 - 23

Copie Text.

Annexe 93 PRESCRIPTION MEDICALE pour matériel de stomie (art. 27) (à compléter par stomie/fistule)

 $\hfill\square$ autre stomie

	pénéficiaire (ou vignett		<i>c0</i> : 1		7
Nom et prénom du b	énéficiaire:	-MV ELLK	Olmo		
1	*****************************		MC 130		
	tion à la Sécurité Sociale				
Nom ou numéro de la	a mutualité:	***************************************	ZANELLA GELINDO RUE DE VISE 446 B-4020 WANDRE 120/120 57	6 0220 067 59	игээ
2. Motivation médic	ale	i.		•	
☐ Nouvelle stomie c	réée, date de l'opération	1:/			
	,				
☐ Réopération de la	stomie existante, date o	ie l'opération:/ ,			
□ Date de Pannariti	on de la fistule:/	,			
☐ Fistule existante	off de ta fistate,/	***********			
mi riddata artistativa					
Type de stomie	Convexe/concave	Situation excepti		ez ce qui est olication	
,	non	non			
Système digestif		oui	Ö	,	
□ colostomie	oui	non			
	Odi	oui			
Système digestif	non	non			
Mriléostomie		oui		•	
☐ fistule	oui	non			
□ autre stomie	J	oui)#		
Système urinaire	non	non			
□ urostomie	**************************************	oui			
☐ cystostomie ☐ fistule	oui	non			
	į VU1		1		

oui

IBAN

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

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

N° relevé 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

VAA- 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 M319 Mutualité: 500905 164 23 NISS: 15 RUE DU CHENAY 4680 OUPEYE Adresse du patient : 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 WASOWICZ BOZENA Nom et prénom du patient: Date de naissance du patient: 05/09/50 01/10/23 31/12/23 Période d'intervention de l'assurance du N° de nomenclature de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compte : 655653 V 860.81 (1) Budget disponible avant la délivrance (cf. carnet du patient): Dénomination Quantité Code du produit sur Prix réclamé la liste MIO CLICK TRANS 60 906110001081 274,80 906080001258 315,00 MIO CLICK CVX LIG 30 38,40 906120001385 Poche de nuit 2000cc 20 Total (est égal au prix réclamé (2) limité au budget disponible (1)) Intervention OA (3) 628,20 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: 1110/23 . La prescription est annexée **GADOMSKI** Prescrit par: En date du : 8/6/23 16706962004 N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : A remplir par le patient (cocher ce qui convient) D oui - Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s) NON - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supptément) de EUR D OUI qui est entièrement à ma charge, 1/10/23 Signature(Date: 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

BE18732007305565

CREGBEBB

IBAN BIC

Date et signature du bandagiste agréé :

Copie Test

Annexe 93 PRESCRIPTION MEDICALE pour matériel de stomie (art. 27) (à compléter par stomie/fistule)

 $\ \square$ autre stomie

1.Identification du bénéficiaire (ou vignette de la mutualité) Nom et prénom du bénéficiaire:					
□ Date de l'apparition □ Fistule existante	ı de la fistule://	/	1		
Type de stomie	Convexe/concave	Situation exceptionnelle	Cochez ce qui est d'application		
Sunt land discoult	non	non , oui			
Système digestif □ colostomie	oui	non			
Système digestif	non	non oui			
☐ iléostomie☐ fistule☐ autre stomie	oui	non			
L datie stollie		oui			
Système urinaire	non	non			
⊠ urostomie		oui			
☐ cystostomie☐ fistule	(oui)	non	A		
□ autre stomie	, out	oui			

Avenue de l' Energie 8 4432 ALLEUR

Le 23 octobre 2023

Page 1

N° téléphone 04/342.76.18

N° télécopie N° de société 0456.605.328

04/344,29.86

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

N° relevé 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
				Total EUR	1 013,58	1 013.58

UA-23/09644.

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

THE THE THE PROPERTY OF THE PR	indemnités, coordonnée le	14 juillet 1994			
Nom et prénom du patient: DUPEROUX ROBERT Mutualité: M43 NISS: 391118 289 87 Adresse du patient: RESIDENCE LES TILLEUIS 32 RUE ARTHUR DIDERICH 1080 SAINT-GILLES ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES POUR LA DÉLUYRANCE AMBULATOIRE DE MATÉRIEL 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 0 11/10/23 au 31/12/23 N' de nomenclature de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compte : 655955 Budgel disponible evant la ditivrance (cf. carnet du patient): 1082,22 (1) Dénomination Quentité Code du produit sur la 1082,22 (1) Dénomination Quentité Code du produit sur la 1082,22 (1) SO GR BRAVA PATE 2 006250001082 33,88 BBAVA BRAVA BARRI 1 096272001393 13,90 25 GR Poudre 2 096250001017 17,00 LEO MO 1PC CVX 1 130 096656000445 943,80 LEO MO 1PC CVX 1 130 103,58 (est égal au prix réclamé (2) l'inité au budget disponible (1) at Inférieur au prix réclamé (2) LEO MO 1PC CVX 1 10 13,58 (est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: 0 1 1 2 3 Prescrit par : 30, 10-2 C (sat égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: 0 1 1 2 3 Prescrit par : 30, 10-2 C (sat égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: 0 1 1 2 3 Prescrit par : 30, 10-2 C (sat égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: 0 1 1 2 3 Prescrit par : 30, 10-2 C (sat égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: 0 1 1 2 3 Prescrit par : 30, 10-2 C (sat égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: 0 1 1 2 3 Prescrit par : 30, 10-2 C (sat égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: 0 1 1 2 3 Prescrit par : 30, 10-2 C (sat égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: 0 1 1 2 5 (sat égal au prix réclamé (2) - l'interv	n .		Annexe 13te	er	
Miss: Material Residence Les Tilleurs 32 Rue Arthur Diderich 1060 SAINT-Gilles Artresad up adient: RESIDENCE LES TILLEULS 32 RUE ARTHUR DIDERICH 1060 SAINT-GILLES 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 bandagisto agréé Nom et prénom du patient: DUPEROUX ROBERT Date de naissance du patient: 18/11/39 Période d'intervention de l'assurance du 1/10/23 au 31/12/23 N'é de nomendatire de l'intervention maximate de l'assurance pour laquello 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 Prix réclamé 1 1 10 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Compléter ou appose	r une vignette de l'O	.A.		
Miss: Material Residence Les Tilleurs 32 Rue Arthur Diderich 1060 SAINT-Gilles Artresad up adient: RESIDENCE LES TILLEULS 32 RUE ARTHUR DIDERICH 1060 SAINT-GILLES 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 bandagisto agréé Nom et prénom du patient: DUPEROUX ROBERT Date de naissance du patient: 18/11/39 Période d'intervention de l'assurance du 1/10/23 au 31/12/23 N'é de nomendatire de l'intervention maximate de l'assurance pour laquello 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 Prix réclamé 1 1 10 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		DUDGEOUV GOSEDT			
NSS : 39118 289 67 RESIDENCE LESTILLEULS 32 RUE ARTHUR DIDERICH 1060 SAINT-GILLES 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 bandagisto agrée Nom el préron du palient: DUPEROUX ROBERT Date de nalssance du patient: H\$1/139 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 on ligne de comple : 655955 Budget disponible avant la délivrance (cf. carnet du palient) : 1 052,22 (1) Dénomination Quadité Code de produit sur Prix réclamé 50 GR BRAVA PATE 2 906220001082 33,88 BRAVA SKIN BARRI 1 9902/20001393 18,90 25 GR Poudre 2 90622000101 17,00 LLEO MIO 1PC CVXL 130 906050000445 943,80 Total 1013,58 (est égal au prix réclamé (2) limité au biudget disponible (1)) Sile budget disponible (1) est inférieur au prix réclamé (2): Supplément pour le patient : 0.00 (est égal au prix réclamé (2) - Fintervention OA (3)) Date de la fourniture: O 1 1 2 3 Prescrit par : 21 0 0.00 C.C. La prescription est annexée En date du : 0 1 0.1 0.1 0.1 0.1 0.1 0.1 0.1 0.1 0.1	,				•
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 bandagisto agréé Nom et prénom du patient: DUPEROUX ROBERT Date de naissance du patient: DUPEROUX ROBERT Date de naissance du patient: Budget disponible avant la délivrance (cf. carnet du patient): 1 052,22 (1) Dénomination Quentité Code du produit ur le patient: SO GR BRAVA PATE 2 906250001082 33,88 BRAVA SKIN BARRI 1 906270001393 18,80 SG GR POUTE BLEO MIO 1PC CVX L 130 906050000445 943,80 Total Total 1 1013,58 (est égal au prix réclamé (2) limité au budget disponible (1) SI le budget disponible (1) est inférieur au prix réclamé (2): Cest égal au prix réclamé (2) - Fintervention OA (3) Préscrit par : DA GAGGE En date du : O L E Z 3 Préscrit par : DA GAGGE En date du : O L E Z 3 Préscrit par la patient (cocher ce qui convivan) - Le certific avoir été clairement Informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de			•		
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 bandagisto 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 nomenciature de l'intervention maximale de l'assurance pour iaquelle le patient entre on ligne de compto : 655955 Budget disponible vanta la délivrance (cf. carret du patient): 1 052,22 (1) Dénomination Quarillé Code du produit sur Prix réclamé (a la sur la sur la délivrance (cf. carret du patient): 1 052,22 (1) Dénomination Quarillé Vance (cf. carret du patient): 1 052,22 (1) Dénomination Quarillé Vance (cf. carret du patient): 1 052,22 (1) Dénomination Quarillé Vance (cf. carret du patient): 1 052,22 (1) Dénomination Quarillé Vance (cf. carret du patient): 1 052,22 (1) Dénomination Quarillé Vance (cf. carret du patient): 1 052,22 (1) Dénomination Quarillé Vance (cf. carret du patient): 1 052,22 (1) Dénomination Quarillé Vance (cf. carret du patient): 1 052,22 (1) Dénomination Quarillé Vance (cf. carret du patient): 1 052,22 (1) Dénomination Quarillé Vance (cf. carret du patient): 1 052,22 (1) Total 1 013,58 (2) Total 1 013,58 (2) Total 1 013,58 (est égal au prix réclamé (2) limité au budget disponible (1)) Si le budget disponible (f) est inférieur au prix réclamé (2): limité au budget disponible (1)) Si le budget disponible (f) est inférieur au prix réclamé (2): l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: O (1 Le 1 2 3) Prescrit par : 51, 0-62,62 En date du : 64, 52, 53 A rédientification INA.M. du prescripteur : 12 2 5 1 4 6 2 6 5 4 6 2 6 6 7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	NISS:			NOUL ARROUGH DE COULT OU LE TO	
POUR LA DÉLIVRANCE AMBULATOIRE DE MATÉRIEL DE STOMIE (à l'exception du matériel d'Irrigation) A compléter par le bandagisto agréé Nom et prénom du pellent: DUPEROUX ROBERT Date de naissance du pellent: 18/11/39 Période d'intervention de l'assurance du 01/10/23 au 31/12/23 Période d'intervention de l'assurance du pellent): 1052/22 (1) Démonination Quanité Code du produit sur Prix réclamé (2) de la produit sur Prix réclamé (3) au 3,88 BRAVA SKIN BARRI 1 1 906270001383 18,90 25 GR Poudre 2 90625000101 17,00 BERAVA SKIN BARRI 1 1 906270001383 18,90 25 GR Poudre 2 906260000101 17,00 BLEO MIO 1PC CVX L 130 906050000445 943,80 Total 1013,58 (2) Intervention OA (3) 1013,58 (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: O 4 (Le 123. Prescrit par : 30 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Adresse du patient :	RESIDENCE LES TILLEU	LS 32 RUE ARTHUR DIDER	RICH 1060 SAINT-GILLES	
Nom et prénom du patient: Date de naissance du patient: 18/11/39 Période d'intervention de l'assurance du 01/10/23 au 31/12/23 N' de nomanclature 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 Quentité Code du produit sur Prix réclamé la liste 60 GR BRAVA PATE 2 906250001082 33,88 BRAVA SINI BARRI 1 906270001393 16,90 25 GR Poudre 2 906250001092 33,88 25 GR Poudre 2 906250001093 16,90 LILEO MIO 1PC CVX L 130 906050000445 943,80 Total 1013,58 (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: 0 4 Le 12 3 Prescrit par : 3A 0 2 2 2 R' d'Identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 12 8 5 1 4 2 2 2 4 2 2 4 2 3 3 3 4 3 4 3 4 3 4 3	POUR LA DÉ	ATTESTATION D	E FOURNITURES DE ATOIRE DE MATÉRIE	STINEE AUX BANDA L DE STOMIE (à l'exc	GISTES eption du matériel d'irrigation)
Nom et prénom du patient: Date de naissance du patient: 18/11/39 Période d'intervention de l'assurance du 01/10/23 au 31/12/23 N' de nomanclature 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 Quentité Code du produit sur Prix réclamé la liste 60 GR BRAVA PATE 2 906250001082 33,88 BRAVA SINI BARRI 1 906270001393 16,90 25 GR Poudre 2 906250001092 33,88 25 GR Poudre 2 906250001093 16,90 LILEO MIO 1PC CVX L 130 906050000445 943,80 Total 1013,58 (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: 0 4 Le 12 3 Prescrit par : 3A 0 2 2 2 R' d'Identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 12 8 5 1 4 2 2 2 4 2 2 4 2 3 3 3 4 3 4 3 4 3 4 3	A compléter par le ba	ındagiste agréé			
### 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	•		≣RT		
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 on ligne de compte : 655955 Budget disponible avant la délivrance (cf. carnet du patient) : 1 052,22 (1) Dénomination Quanité Code du produit sur la liste la liste BRAVA SKIN BARRI 1 906270001393 18,90 25 GR Poudre 2 906260000101 17,00 ILEO MIO 1PC CVX L 130 906050000445 943,90 Total 1013,58 (est égal au prix réclamé (2) limité au 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: O 1 La 23. Prescrit par : 20, 2026 En dato du : 0 1, 23 A remplir par le patient (cocher ce qui convient) - de certifie avoir éte la literante l'at l'at l'at l'a certifie avoir éte clairement ain ormé par le dispansateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de C	•				
N' de nomerclature de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compto : 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 1013,58 (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: O 1 (•		04/40/00		
Budget disponible avant la délivrance (cf. carnet du patient): 1 052,22 (1) Dénomination Quantité Code du produit sur la liste 80 GR BRAVA PATE 2 906250001082 33,88 BRAVA SKIN BARRI 1 906270001393 16,90 25 GR Poudre 2 906260000101 17,00 ILEO MIO 1PC CVXL 130 906050000445 943,80 Total 1013,58 (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 (ast égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: O 4 (Lo 123). Prescrit par: 30, 30,000 (ast égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) A rempir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir dété diairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de C2		-,	***	-t liene de compte :	855055
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 1013,58 (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: O 4 Le 1 2 3 Prescrit par : 512 0.00 (est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Total 10 (est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: O 4 Le 1 2 3 Prescrit par : 512 0.00 (est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) La prescription est annexée En date du : 0 4, 0 5, 2 3 N° d'identification I.N.A.M.I du prescripteur : 128 514 0 2 0 4 A remplir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de C EUR qui ost entièrement à ma charge. OUI NON - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de C EUR qui ost entièrement à ma charge. Signature : Signature : Joelle HENROTIN Phc 1-6-28092-80-201 Norn de l'entrepise : Joelle HENROTIN Phc 1-6-28092-80-201 Norn de l'entrepise : Al-PIAMEDIS SA - Tél. 04/342.76.18 Avenue de l' Energie 8 Commune et code postal : 4432 ALLEUR					10000
September Sept	Budget disponible avant la dél	ivrance (cf. carnet du patien	it): 1 052,22	(1)	
80 GR BRAVA PATE 8	Dénomination	Quantité		Prix réclamé	
BRAVA SKIN BARRI 1 90627001393 18,90 25 GR Poudre 2 906260000101 17,00 ILEO MIO 1PC CVX L 130 906050000445 943,80 Total 1013,58 (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: O 4 Lo 1 2 3. Prescrit par : 30, 0,00.00 A rempiir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir reçu la (les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de			ia liste		
2 90626000101 17,00 LEO MIO IPC CVX L 130 906050000445 943,80	60 GR BRAVA PATE	2	906250001082	33,88	
2 906260000101 17,00 ILEO MIO 1PC CVXL 130 906050000445 943,80 Total	BRAVA SKIN BARRI	1	906270001393	18,90	
ILEO MIO 1PC CVXL 130 906050000445 943,80 Total	I	2	906260000101	17,00	
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: 〇 リ しょ 1 2 3 Prescrit par: ふね ふらなな		130	906050000445	943,80	
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: O'U Lo 123. Prescrit par : DA BOOGE En date du : O'A O'A Z Z Z W La prescription est annexée En date du : O'A O'A Z Z Z W La prescription est annexée A remplir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de		The state of the s			
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: OULLE 123. Prescrit par : 50 00000 (Est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Prescrit par : 50 00000 (Est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: OULLE 123. Prescrit par : 50 00000 (Est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) La prescription est annexée En date du : 00000000 (Est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) La prescription est annexée En date du : 000000 (Est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) La prescription est annexée En date du : 000000 (Est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) La prescription est annexée En date du : 00000 (Est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) La prescription est annexée En date du : 00000 (Est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) La prescription est annexée En date du : 00000 (Est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) La prescription est annexée En date du : 00000 (Est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3) La prescription est annexée En date du : 00000 (Est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3) La prescription est annexée En date du : 00000 (Est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3) La prescription est annexée En date du : 00000 (Est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3) La prescription est annexée	Total			1 013,58 (2)	
Supplément pour le patient : 0.00 (est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Date de la fourniture: OUI 123. Prescrit par : DA BOCC La prescription est annexée En date du : OU ST. 23 N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 128 514 02 004 A remplir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir reçu la(ies) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de	Intervention OA (3) 1	013,58 (est égal	au prix réclamé (2) limité au	budget disponible (1))	
Date de la fourniture: O'\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	Si le budget disponible (1) e	st inférieur au prix réclam	é (2) :		
Prescrit par: DA GOGG La La prescription est annexée En date du: OA. OF. 23 N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur: 128 514 03 004 A remplir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de	Supplément pour le patient	: 0,00 (es	t égal au prix réclamé (2) - l'ir	ntervention OA (3))	•
En date du : O 4 . O 7 . O 7 . O 8 . O 8 . O 8 . O 9 .	Date de la fourniture: 04	110123.			
En date du : O 4 . O 7 . O 7 . O 8 . O 8 . O 8 . O 9 .				[77]	
N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 128 514 03 004 A remplir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir reçu la(tes) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de	•			La prescription est ann	lexêe
A remplir par le patient (cocher ce qui convient) - Je certifie avoir reçu la(ies) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de			1.		
- Je certifie avoir reçu la(ies) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de	N° d'identification I.N.A.M.I. d	u prescripteur : 128 51	402004		
- Je certifie avoir reçu la(ies) prestation(s) susmentionnée(s) - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de	A remplie par la patient (coch	or co gui convient)			***
- Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de			a(s)	Q-ou	NON
Qui est entièrement à ma charge. Date: OUI NON Signature: Nom et prénom du bandagiste agréé: 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				e naver un montant (sunniém	
Nom et prénom du bandagiste agréé: Nom et prénom du bandagiste agréé: 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			our de soins du rait que je doi		1
Nom et prénom du bandagiste agréé: 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	qui est entièrement à ma cha	rge.			\sim \wedge
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	Date: 04/10/123		Signature ;	MASSE	
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	Nom et prénom du bandadist	re agréé: Joelle	HENROTIN Phc 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		•	3092-80-201		
Rue et N°: Avenue de l' Energie 8 Commune et code postal: 4432 ALLEUR				.18	
Commune et code postal : 4432 ALLEUR	•			•	
			=		
	•				

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

IBAN

BIC

BE18732007305565

CREGBEBB

Date et signature du bandagiste agréé :

4110/23

Annexe 93 PRESCRIPTION MEDICALE pour matériel de stomie (art. 27)

48 COMPOSION DEL PROTERO TIDIN	(ž	i compléter	par	stomie/fistu	ļe
--------------------------------	----	-------------	-----	--------------	----

1. Identification du bénéficiaire (ou vignette de la mutualité) Nom et prénom du bénéficiaire:
Z. Motivation médicale
🗆 Nouvelle stomie créée, date de l'opération://
Existante
🗆 Réopération de la stomie existante, date de l'opération:///
□ Date de l'apparition de la fistule:/

Type de stomie	Convexe/concave	Situation exceptionnelle	Cochéz, ĉe qui est d'application
	uan	non	디
Système digestif	non	OU	
디 colostomie	oui	non	
	Vui	out	
	non	поп	П
Système digestif pi iléostomie D fistule D autre stomie		oui	
	oul 🗸	non	П
		out 🗸	A. レ
Système urinaire	non	non	
□ urostomie		out	
□ cystostomie	Annual Commission of Commission Commission (Commission Commission	non .	
□ fistule □ autre stomle	oul	out	

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 **CREGBEBB**

BIC 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

N° relevé 50900261 (référence à rappeler lors du paiement)

Date compta.	N° document	N° adhérent	Nom - prénom	Date livraison	Montant	Montant ouvert
03/10/23	VFA-23/09627	65112736375	KONEN YVES	16/10/23	564,24	564,24
				Total EUR	564.84	564.84

CA-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 65112736375 NISS: 120 RUE VERVLOESEM 1200 WOLUWE-SAINT-LAMBERT Adresse du patient : 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 27/11/65 Date de naissance du patient: 31/12/23 Période d'intervention de l'assurance du 01/10/23 N° de nomenciature de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compte : 655896 852,07 (1) Budget disponible avant la délivrance (cf. carnet du patient) : Quantité Code du produit sur Prix réclamé Dénomination la liste 462,60 90 906020001216 ALTERNA Free Soft 101,64 906250001181 60 GR STRIPS PATE 6 564,24 Total (est égal au prix réclamé (2) limité au budget disponible (1)) Intervention OA (3) Si le budget disponible (1) est inférieur au prix réclamé (2) : (est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3)) Supplément pour le patient : Date de la fourniture: 251 81 23 La prescription est annexée Prescrit par : En date du : 18749605650 N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : A remplir par le patient (cocher ce qui convient) Je certifie avoir reçu la(ies) prestation(s) susmentionnée(s)) OUI - Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de EUR Oni NON qui est entièrement à ma charge. Signature: Date: Joelle HENROTIN Phc 1-6-28092-80-201 Nom et prénom du bandagiste agréé: 1-6-28092-80-201 N° d'identification INAMI : ALPHAMEDIS SA - Tél. 04/342.76.18 Nom de l'entreprise : Avenue de l' Energie 8 Rue et N°; 4432 ALLEUR Commune et code postal: 0456605328 N° BCE: Vu le régime du tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte **IBAN** BE18732007305565

Date et signature du bandagiste agréé : 3/4/13

16

BIC

CREGBEBB

Annexe 93 PRESCRIPTION MEDICALE pour matériel de stomie (art. 27) (à compléter par stomie/fistule)

Indentification du bénéficiaire (ou vienetie de la mutualité) Nom et prénom du bénéficiaire; Adresses and annual de la Sécurité Sociale; 6.5.1.1.2.73.633.5 Nom ou numéro de la mutualité;
2. Motivation médicale
☐ Nouvelle stomie créée, date de l'opération:////
Date de l'apparition de la fistule:/ Fistule existante

Type de stomie	Convexe/concave	Situation exceptionnelle	Crichez, ce qui est d'application
Système digestif Ci colostomie	non	non	Ĺ
		oul	
	oui	ทอก	
		oul	
Systènte digestif Xiléostomie V II fistule II autre stomie	non	non	
		oul 🗸	X
	oni	non	
		oui	D
Système urinaire 🗅 urostomie	non	non	
		oui	D
□ cystostomie		non	The second secon
□.fistule □ autre stomie		out	D ,

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 sant 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: 240415/487.59 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'irrigati 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 30/11/23 N° de nomenclature de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compte : Budget disponible avant la délivrance (cf. carnet du patient): 816,53 (1) Dénomination Quantité Code du produit sur Prix réclamé la liste URIMED BAG 2000 20 906120000395 36,20 Total 36.20 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)) 119/23 Date de la fourniture: Hubert Nicolas Prescrit par: La prescription est annexée En date du : 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) Ø 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. DOUI Date: 1/3/23 Nom et prénom du bandagiste agréé: Sylvie HALBARDIER Phc 1-6-42957-56-20 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 :

Ghic Tet

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 bé Adresse: Numéro d'Identificati Nom ou numéro de la	on à la Sécurité So	4041542759 ANNINO ROSARIO UE FERDINAND NICOLAY 84 041 VOTTEM 1 BEN: 0810637716054	1 131/131
☐ Stomie existante	éée, date de l'opératio tomie existante, date	de l'opération://	
Type de stomie	Convexe/concave	Situation exceptionnelle	Cochez ce qui est d'application
Système digestif □ colostomie	non	non	
		oui	
	oui	non .	
		oui	
Système digestif □ iléostomie □ fistule □ autre stomie	non	non	
		oui	
	oui	non	0
		oui	
Système urinaire ☐ urostomie	non	non	AC.
		oui	
□ cystostomie		Inon	

oui

(X) autre stomie

☐ fistule