

PRESCRIPTION DE KINESITHERAPIE

Vignette de l'O.A.

Nom et Prénom (à remplir par le prescripteur)

Guimard Françoise

- Prescription pour un traitement de kiné à commencer dans les 60 jours de la présente OU à partir du M. 1.05.2023
 Examen consultatif Demande rapport écrit

Diagnostic et/ou localisation des lésions:

Avulsion du 1^{er} doigt de la main droite

Nombre de séances : 3

Le cas échéant, veuillez cocher la case adéquate

- Le patient ne peut quitter son domicile pour des raisons médicales ou sociales
 Nécessité d'une 2^{ème} séance par jour

Intervention chirurgicale

- Orthopédie Mammectomie/Tumorectomie Réanimation
Code:N..... - Date:/...../.....
Code:N..... - Date:/...../.....
 Neurologie
Code:K..... - Date:/...../.....
Code:K..... - Date:/...../.....

Service d'admission

- Soins intensifs néonatal (n) Néonatal (N)

Indications ou conseils de traitement complémentaires :

Cachet du prescripteur

Pr. C. GRAUX

Hématologie
CHU UCL Namur/ Site Godinne
Av. G. Thérasse, 1
B5530 Yvoir (Belgique)
INAMI : 1-9313787-598

Date

02.08.2023

Signature

Patient : **GRIMARD FRANCOISE**

Mutuelle : **134 Mutualité Chrétienne**

NISS : **54.05.29-050.55**

Adresse : **RUE DES QUAIRES 19
B-5650 WALCOURT**

Patient: **GRIMARD FRANCOISE**

date de soin	nomenclature	date de soin	nomenclature
25/07/2023	563312	*	*
25/07/2023	639192	*	*
27/07/2023	563312	*	*
27/07/2023	639192	*	*
01/08/2023	563312	*	*
01/08/2023	639192	*	*
03/08/2023	563312	*	*
03/08/2023	639192	*	*
*	*	*	*
*	*	*	*

Médecin prescripteur : **Graux Carlos**
Date de la prescription : **11/05/2023**
INAMI : **1 93137 87 598**

Date opération :
Code opération :

Date de la première attestation : *

INAMI maison de repos :

| OUI EUR

LECLERCQ Laurent
5-20956-31-521

28742938 Date : **10/10/2023**

Q U I T T A N C E

nr. BCE : **0473534303**

Date : **10/10/2023**

Reçu la somme de : **0 EUR**

A payer : **110 EUR**

Patient : **GRIMARD FRANCOISE**

Mutuelle : **134 Mutualité Chrétienne**

NISS : **54.05.29-050.55**

Adresse : **RUE DES QUAIRES 19
B-5650 WALCOURT**

Patient: **GRIMARD FRANCOISE**

date de soin	nomenclature	date de soin	nomenclature
22/05/2023	563312	04/07/2023	563312
22/05/2023	639192	04/07/2023	639192
30/05/2023	563312	11/07/2023	563312
30/05/2023	639192	11/07/2023	639192
12/06/2023	563312	13/07/2023	563312
12/06/2023	639192	13/07/2023	639192
22/06/2023	563312	17/07/2023	563312
22/06/2023	639192	17/07/2023	639192
29/06/2023	563312	14/08/2023	563312
29/06/2023	639192	14/08/2023	639192

Médecin prescripteur : **Graux Carlos**
Date de la prescription : **11/05/2023**
INAMI : **1 93137 87 598**

Date opération :
Code opération :

Date de la première attestation : **10/10/2023**

INAMI maison de repos :

| OUI EUR

LAURENT ISABELLE
54261897527

28742939 Date : **10/10/2023**

QUITTANCE

nr. BCE : **0473534303**
Date : **10/10/2023**
Reçu la somme de : **0 EUR**
A payer : **275 EUR**

Patient : **GRIMARD FRANCOISE**

Mutuelle : **134 Mutualité Chrétienne**

NISS : **54.05.29-050.55**

Adresse : **RUE DES QUAIRES 19
B-5650 WALCOURT**

Patient: **GRIMARD FRANCOISE**

date de soin	nomenclature	date de soin	nomenclature
23/08/2023	563312	*	*
23/08/2023	639192	*	*
28/08/2023	563312	*	*
28/08/2023	639192	*	*
*	*	*	*
*	*	*	*
*	*	*	*
*	*	*	*
*	*	*	*
*	*	*	*

Médecin prescripteur : **Graux Carlos**
Date de la prescription : **11/05/2023**
INAMI : **1 93137 87 598**

Date opération :
Code opération :

Date de la première attestation : **10/10/2023**

INAMI maison de repos :

| OUI EUR

LAURENT ISABELLE
54261897527

28742940 Date : **10/10/2023**

Q U I T T A N C E

nr. BCE : **0473534303**

Date : **10/10/2023**

Reçu la somme de : **0 EUR**

A payer : **55 EUR**

Patient : **GRIMARD FRANCOISE**

Mutuelle : **134 Mutualité Chrétienne**

NISS : **54.05.29-050.55**

Adresse : **RUE DES QUAIRES 19
B-5650 WALCOURT**

Patient: **GRIMARD FRANCOISE**

date de soin	nomenclature	date de soin	nomenclature
11/05/2023	563312	15/06/2023	563312
11/05/2023	639192	15/06/2023	639192
23/05/2023	563312	19/06/2023	563312
23/05/2023	639192	19/06/2023	639192
01/06/2023	563312	26/06/2023	563312
01/06/2023	639192	26/06/2023	639192
05/06/2023	563312	06/07/2023	563312
05/06/2023	639192	06/07/2023	639192
08/06/2023	563312	20/07/2023	563312
08/06/2023	639192	20/07/2023	639192

Médecin prescripteur : **Graux Carlos**
Date de la prescription : **11/05/2023**
INAMI : **1 93137 87 598**

Date opération :
Code opération :

Date de la première attestation : **10/10/2023**

INAMI maison de repos :

| OUI EUR

DOYEN FRANCOIS-XAVIER
54504694527

28742941 Date : **10/10/2023**

Q U I T T A N C E

nr. BCE : **0473534303**

Date : **10/10/2023**

Reçu la somme de : **0 EUR**

A payer : **275 EUR**

Patient : **GRIMARD FRANCOISE**

Mutuelle : **134 Mutualité Chrétienne**

NISS : **54.05.29-050.55**

Adresse : **RUE DES QUAIRELLES 19
B-5650 WALCOURT**

Patient: **GRIMARD FRANCOISE**

date de soin	nomenclature	date de soin	nomenclature
08/08/2023	563312	*	*
08/08/2023	639192	*	*
11/08/2023	563312	*	*
11/08/2023	639192	*	*
21/08/2023	563312	*	*
21/08/2023	639192	*	*
31/08/2023	563312	*	*
31/08/2023	639192	*	*
*	*	*	*
*	*	*	*

Médecin prescripteur : **Graux Carlos**
Date de la prescription : **11/05/2023**
INAMI : **1 93137 87 598**

Date opération :
Code opération :

Date de la première attestation : **10/10/2023**

INAMI maison de repos :

| OUI EUR

DOYEN FRANCOIS-XAVIER
54504694527

28742942 Date : **10/10/2023**

Q U I T T A N C E

nr. BCE : **0473534303**
Date : **10/10/2023**
Reçu la somme de : **0 EUR**
A payer : **110 EUR**