

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ctions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

87610

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1096 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZERROU Abdellah

Date de naissance :

16/1/1947

Adresse :

8 Rue de Fez, Thancatia

Tél. 066 06 97 54

Total des frais engagés : 53.62 Euro

## Cadre réservé au Médecin

C.H.U. Saint-Pierre

Docteur Marc Adler  
Ophtalmologie  
1-88177-03-370-8  
02/535.31.95



Cachet du médecin :

Date de consultation :

15/7/2021

Nom et prénom du malade :

ZERROU

Age : 74

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Glaucome

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Marrakech

Le : 15/7/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Habib

Basit

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/7/21	Ophthalmo 1		92.34	
18/7/21	Ophthalmo 2		97.01	CHU. Saint-Pierre Docteur Marc Adler Ophtalmologie 1-88177-03-370 02/535.31.95
28/08/21	OPHTHALMO 3	honor	226.29	
26/08/21	OPHTHALMO 4	consult	92.77	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BOULEVARD</b>		
Arboj Sophie Bd de Waterloo 94 Bruxelles 1000 - Brussels Tel: 02/ 588 03 73 • APB210790 TVA-BE 0671 529 515	15/7/21 20/8/21	52,58€ 52,58€ 87,62€

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

39823667

0  
391

DU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.

ZERROU, ABDENBI

AVENUE FRANKLIN ROOSEVELT 12 S  
1050 IXELLES

Nom et prénom du patient: ZERROU, ABDENBI

Le patient est hospitalisé/Ambulant :

N° d'identification du patient :

N° de l'établissement hospitalier :

Service :

## ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES

			Honoraires				
N (1)	CD L/A/S (2)	Nº INAMI et nom du dispensateur	Nº INAMI et nom du prescripteur	Date prescription	A charge O.A.	A charge patient	Total
		Le cas échéant, votre mutuelle vous remboursera tout ou partie du montant sur présentation de ce document.		000000	26,74	26,74	
		18801370370 WILLERMAIN, FRANCO					

aint-Pierre  
aute 322  
BRUXELLES  
AMI : 71007661000  
BCE : 0256963391

Page : 1

N° du document : 0112839119 01011746340  
Réf. Etablissement :  
Envoi n° (S.E.) :  
N° Compte financier :  
N° Téléphone : 02/535.31.11

39732542

DUS OU APPPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.  
ent : ZERROU, ABDENBI

AVENUE FRANKLIN ROOSEVELT 12 S  
1050 IXELLES

Nom et prénom du patient: ZERROU, ABDENBI

Le patient est hospitalisé/Ambulant :

N° d'identification du patient :

N° de l'établissement hospitalier :

Service :

ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES

Op ion	N (1)	CD L/A/S (2)	Nº INAMI et nom du dispensateur	Nº INAMI et nom du prescripteur	Date prescription	Honoraire		
						A charge O.A.	A charge patient	Total
			Le cas échéant, votre mutuelle vous remboursera tout ou partie du montant sur présentation de ce document.					
102535 248635 249238			18423268370 BARTIK, MARY ANN 18423268370 BARTIK, MARY ANN 18423268370 BARTIK, MARY ANN		000000 000000 000000	27,06 7,64 7,64	27,06 7,64 7,64	
						42,34	42,34	
			(1) Code norme : N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; 1 = Aide opératoire 10%; 2 = Aide opératoire 5%; 5 = Remboursement à 50%. (2) C.D. = Code de la dent traitée. L/A/S = Référence au laboratoire ou appareillage ou service agréé.		Total en euro			
						Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Date, nom, qualité et numéro d'identification INAMI du praticien. DUSART, MICHELENE 26/08/21		

REÇU 26/08/2021

0256963391

Perçu pour le compte du N° BCE : 42,34

Date :  
Signature

Reçu la somme de : EUR.

000  
63391

39831085

US OU APPPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.

t : ZERROU, ABDENBI

AVENUE FRANKLIN ROOSEVELT 12 S  
1050 Ixelles

Nom et prénom du patient: ZERROU, ABDENBI

Le patient est hospitalisé/Ambulant :

Nº d'identification du patient :

Nº de l'établissement hospitalier :

Service :

## ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES

Honoraire

n	N (1)	CD L/A/S (2)	Nº INAMI et nom du dispensateur	Nº INAMI et nom du prescripteur	Date prescription	A charge O.A.	A charge patient	Total
			Le cas échéant, votre mutuelle vous remboursera tout ou partie du montant sur présentation de ce document.					
			18423268370 BARTIK, MARY ANN	000000		27,06	27,06	
			18423268370 BARTIK, MARY ANN	000000		7,64	7,64	
			18423268370 BARTIK, MARY ANN	000000		7,64	7,64	

(1) Code norme : N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; 1 = Aide opératoire 10%;  
 2 = Aide opératoire 5%; 5 = Remboursement à 50%.

(2) C.D. = Code de la dent traitée.

L/A/S = Référence au laboratoire ou appareillage ou service agréé.

Total en euro 42,34 42,34

Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien dont le nom figure en regard de chacune d'elles.  
 Date, nom, qualité et numéro d'identification INAMI du signataire.

15617394970 DUSART, MICHELLE  
 MÉDECIN CHEF 24/09/21

D

Perçu pour le compte du N° BCE : 0256963391

42,34

Reçu la somme de : EUR.

REÇU

Date : 24/09/2021  
Signature

CHU Saint-Pierre  
 Service Ophtalmologie  
 Rendez-vous  
 T. 02/535.31.94  
 T. 02/535.31.95

Dossier. . . : 0101746340
N° Admission : 0112835119
Référence : 9025/ 2582894
24/09/2021

RECU DE

**ZERROU, ABDENBI**  
 AVENUE FRANKLIN ROOSEVELT 12 SCI  
 1050 IXELLES

+ Prestations

		Date	Montant
102535	CONSULTATION CABINET SPECIALISTE AC	24/09/2021	27,06
184232	Dr BARTIK, MARY ANN		
248636	DYNAMOMETRIE ET/OU TONOMETRIE	24/09/2021	7,64
184232	Dr BARTIK, MARY ANN		
249233	BIOMICROSCOPIE BINOCULAIRE DU SEGME	24/09/2021	7,64
184232	Dr BARTIK, MARY ANN		

+ Produits pharmaceutiques

	Date	Montant
0150033 ZQ - UNICAINE 0,4% 1	24/09/2021	0,43

\* Montant à payer : 42,77 \*  
 \* Arrondi : 0,02-\*  
 \* Montant total payé : 42,75 \*  
 \* Mode de paiement : E \*  
\*\*\*\*\*

Ce document fait office de reçu s'il est acquitté.

Signature



**CHU Saint-Pierre**  
 Service Ophtalmologie  
 Rendez-vous  
 T. 02/535.31.94  
 T. 02/535.31.95

39733164

N° du document :  
 Réf. Etablissement : 0112085119 0101746340  
 Envoi n° (S.E.) :  
 N° Compte financier :  
 N° Téléphone :  
 02/535.31.11

re  
 ES  
 7661000  
 256963391

SOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L.O.A.

lient : ZERROU, ABDENBI

AVENUE FRANKLIN ROOSEVELT 12 S  
1050 Ixelles

Nom et prénom du patient : ZERROU, ABDENBI

Le patient est hospitalisé/Ambulant :

N° d'identification du patient :

N° de l'établissement hospitalier :

Service :

## ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES

ro on	N (1)	CD L/A/S (2)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date prescription	Honoraire			
						A charge O.A.	A charge patient	Total	
			Le cas échéant, votre mutuelle vous remboursera tout ou partie du montant sur présentation de ce document.  18423268370 BARTIK, MARY ANN 18423268370 BARTIK, MARY ANN		000000 000000	15,28 26,74	15,28 26,74	15,28 26,74	

(1) Code norme : N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; 1 = Aide opératoire 10 %;  
 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %.

(2) C.D. = Code de la dent traitée.

L/A/S = Référence au laboratoire ou appareillage ou service agréé.

Total en euro 42,02 42,02

Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien dont le nom figure en regard de chacune d'elles.  
 Date, nom, qualité et numéro d'identification INAMI du signataire.

15617394970 DUSART, MICHELLE  
 MÉDECIN CHEF 15/07/21

D

REÇU

Date : 15/07/2021  
 Signature

Perçu pour le compte du N° BCE 0256963391

Reçu la somme de : 42,00

EUR.

( 42,02 )

nt-Pierre

te 322  
BRUXELLES  
MI : 71007661000  
BCE : 0256963391

Page : 1

01128371 document 1746340

**f. Etablissement :**

• Envoi n° (S E) :

### ENVIRONMENT (S.E.):

N° Compte financier : 00/525-21-11

N° Téléphone : 127535

39725900

Nom et prénom du patient: ZERROU, ABDENBI

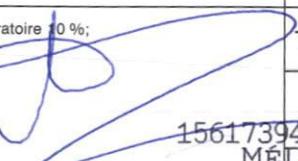
#### **Le patient est hospitalisé/Ambulant**

N° d'identification du patient :

N° de l'établissement hospitalier

### Service:

## ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES

ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES						Honoriaires		
n	N (1)	CD L/A/S (2)	Nº INAMI et nom du dispensateur	Nº INAMI et nom du prescripteur	Date prescription	A charge O.A.	A charge patient	Total
			Le cas échéant, votre mutuelle vous remboursera tout ou partie du montant sur présentation de ce document.					
102535 248636 249238			18423268370 BARTIK, MARY ANN 18423268370 BARTIK, MARY ANN 18423268370 BARTIK, MARY ANN		000000 000000 000000	27,06 7,64 7,64	27,06 7,64 7,64	
(1) Code norme : N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; 1 = Aide opératoire 10 %; 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %. (2) C.D. = Code de la dent traitée. L/A/S = Référence au laboratoire ou appareillage ou service agréé.						Total en euro	42,34	42,34
 1561739470 DISART, MICHELLE MÉDECIN CHEF						Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Date, nom, qualité et numéro d'identification du praticien. 15/07/21		

(1) Code norme : N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; 1 = Aide opérateur 10 %  
2 = Aide opérateur 5 %; 5 = Remboursement à 50 %.  
(2) C.D. = Code de la dent traitée.  
L/A/S = Référence au laboratoire ou appareillage ou service agréé

Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien

15617394970 DUSART, MINHEIL  
MÉDECIN CHEF 15/07/21  
dont le nom figure en regard de chacune d'elles.  
Nom, qualité et nom de l'identification de la personne signataire.

0256963391

REÇÜ 15/07/2021

Date : \_\_\_\_\_

Signature

Perçu pour le compte du N° BCE : 42,34

Reçu la somme de : EUR

CHU Saint-Pierre  
 Rue Haute 322  
 1000 BRUXELLES  
 NO. INAMI : 71007661000  
 N° BCE : 0256963391

Page : 1

N° du document : 0112835119 0101  
 Réf. Etablissement :  
 Envoi n° (S.E.) :  
 N° Compte financier :  
 N° Téléphone : 02/535..

39823790

## COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.

Nom et prénom du patient : ZERROU, ABDENBI

Organisme assureur :

NISS : AVENUE FRANKLIN ROOSEVELT 12 S  
Adresse du patient : 1050 IXELLES

Nom et prénom du patient: ZERROU, ABDENBI

Le patient est hospitalisé/Ambulant :

N° d'identification du patient :

N° de l'établissement hospitalier :

Service

## ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES

Date prestation	Numéro prestation	N (1)	CD L/A/S (2)	Nº INAMI et nom du dispensateur	Nº INAMI et nom du prescripteur	Date prescription	A charge O.A.	A charge patient	Honoraires
				Le cas échéant, votre mutuelle vous remboursera tout ou partie du montant sur présentation de ce document.					
260821	248253			18423268370 BARTIK, MARY ANN		000000	138,52	138,	
260821	MEMBRE GAUCHE			18423268370 BARTIK, MARY ANN		000000	11,46	11,	
260821	248673			18423268370 BARTIK, MARY ANN		000000	74,54	74,	
	355014			18423268370 BARTIK, MARY ANN					
Prestation Relative : 248253									

## Codification L/A/S en (2)

L/A/S - 1 :  
 L/A/S - 2 :  
 L/A/S - 3 :

- (1) Code norme : N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; 1 = Aide opératoire 10 %;  
 2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %.  
 (2) C.D. = Code de la dent traitée.  
 L/A/S = Référence au laboratoire ou appareillage ou service agréé.

Total en euro 224,52 224,

Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations dont le nom figure en regard de chacune d'elles.

Date, nom, qualité et numéro d'identification INAMI du signataire

15617394970 DUSART, MICHAEL MÉDECIN CHEF

REÇU  
26/08/2021

CHU Saint-Pierre  
 Service Ophtalmologie  
 Rendez-vous  
 T. 02/535.31.94  
 T. 02/535.31.95

Perçu pour le compte du N° BCE :

224,52

Reçu la somme de :

EUR.

Dossier . . . : 0101746340
N° Admission : 0112835119
Référence : 9025/ 2559416
26/08/2021

RECU DE

**ZERROU, ABDENBI**  
 AVENUE FRANKLIN ROOSEVELT 12 SCI  
 1050 IXELLES

+ Prestations

		Date	Montant
248253	TRABECULO-/IRIDO-PLASTIE PAR LASER	26/08/2021	138,52
184232	Dr BARTIK, MARY ANN		
248673	BIOMICROSCOP.SEG.POST.ET/OU ANGLE C	26/08/2021	11,46
184232	Dr BARTIK, MARY ANN		
355014	SUPPL.POUR METHODE LASER (EXCLUSION	26/08/2021	74,54
184232	Dr BARTIK, MARY ANN		

+ Produits pharmaceutiques

		Date	Montant
0150033	ZQ - UNICAINE 0,4% 1	26/08/2021	0,43
0016345	PILOCARPINE- ISOPTO	26/08/2021	1,34

\* Montant à payer : 226,29 \*  
 \* Arrondi : 0,01 \*  
 \* Montant total payé : 226,30 \*  
 \* Mode de paiement : E \*

\*\*\*\*\*

Ce document fait office de reçu s'il est acquitté.

Signature

**CHU Saint-Pierre**  
 Service Ophtalmologie  
 Rendez-vous  
 T. 02/535.31.94  
 T. 02/535.31.95



1.88177.03.370

Nom et prénom du prescripteur :  
**ADLER Marc**

REmplir par le prescripteur

nom et prénom  
à bénéficiaire : **ZERROU ABDENBI (01/01/47)**

réserve à la vignette du  
conditionnement

R/ Xalatan collyre sol. 3x2,5ml 50µg/1ml  
DT/ 1 boite de 3  
S/ 1 FL 1 fois par jour  
à partir du 15/07/2021  
à durée indéterminée  
Le soir au coucher

R/ Azarga 10/5 collyre susp. 3x5ml  
DT/ 1 boite de 3  
S/ 1 FL 2 fois par jour  
à partir du 15/07/2021  
à durée indéterminée

**PHARMACIE BOULEVARD**  
Arbaj Sophie  
Bd de Waterloo 94  
Bruxelles 1000 Brussels  
Tel 02/ 538 03 73 - APB210730  
TVA: BE 0671 529 515

Cachet du prescripteur

Dr. Marc ADLER  
1.88177.03.370  
CHU SAINT PIERRE - BRUXELLES  
322 Rue Haute

Date et signature du prescripteur :  
**15/07/2021**

Délivrable à partir de la  
date précitée ou à partir du  
**15/07/2021**

**PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS**

PHARMACIE BOULEVARD OUTDOOR.CA

↑  
Si question ?

Dossier . . . : 0101746340
N° Admission : 0112835119
Référence : 9025/ 2559164
26/08/2021

RECU DE

**ZERROU, ABDENBI**

AVENUE FRANKLIN ROOSEVELT 12 SCI  
1050 IXELLES

+ Prestations

		Date	Montant
102535	CONSULTATION CABINET SPECIALISTE AC	26/08/2021	27,06
184232	Dr BARTIK, MARY ANN		
248636	DYNAMOMETRIE ET/OU TONOMETRIE	26/08/2021	7,64
184232	Dr BARTIK, MARY ANN		
249233	BIOMICROSCOPIE BINOCULAIRE DU SEGME	26/08/2021	7,64
184232	Dr BARTIK, MARY ANN		

+ Produits pharmaceutiques

		Date	Montant
0150033	ZQ - UNICAINE 0,4% 1	26/08/2021	0,43

\* Montant à payer : 42,77 \*  
 \* Arrondi : 0,02-\*  
 \* Montant total payé : 42,75 \*  
 \* Mode de paiement : E \*

\*\*\*\*\*

Ce document fait office de reçu s'il est acquitté.

Signature



Dossier . . . : 0101746340
N° Admission : 0112835119
Réference : 9025/ 2533190
15/07/2021

RECU DE

**ZERROU, ABDENBI**  
 AVENUE FRANKLIN ROOSEVELT 12 SCI  
 1050 IXELLES

+ Prestations

		Date	Montant
102535	CONSULTATION CABINET SPECIALISTE AC	15/07/2021	27,06
184232	Dr BARTIK, MARY ANN		
248636	DYNAMOMETRIE ET/OU TONOMETRIE	15/07/2021	7,64
184232	Dr BARTIK, MARY ANN		
249233	BIOMICROSCOPIE BINOCULAIRE DU SEGME	15/07/2021	7,64
184232	Dr BARTIK, MARY ANN		

+ Produits pharmaceutiques

		Date	Montant
0150033 ZQ - UNICAINE 0,4% 1		15/07/2021	0,43

\* Montant à payer : 42,77 \*  
 \* Arrondi : 0,02-\*  
 \* Montant total payé : 42,75 \*  
 \* Mode de paiement : E \*  
 \*\*\*\*\*

Ce document fait office de reçu s'il est acquitté.

Signature



Dossier . . . : 0101746340
N° Admission : 0112835119
Référence : 9025/ 2533347
15/07/2021

RECU DE

ZERROU, ABDENBI

AVENUE FRANKLIN ROOSEVELT 12 SCI  
1050 IXELLES

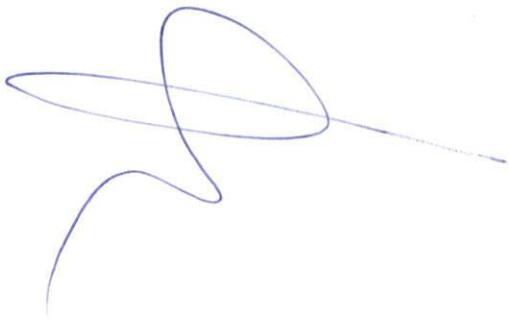
+ Prestations

		Date	Montant
248813	PERIMETRIE QUANTIT.AU PERIM.DE GOLD 184232 Dr BARTIK, MARY ANN	15/07/2021	15,28
249211	PERIMETRIE QUANTITATIVE COMPUTERISE 184232 Dr BARTIK, MARY ANN	15/07/2021	26,74

\* Montant à payer : 42,02 \*  
\* Arrondi : 0,02-\*  
\* Montant total payé : 42,00 \*  
\* Mode de paiement : E \*  
\*\*\*\*\*

Ce document fait office de reçu s'il est acquitté.

Signature



# Pharmacie BOULEVARD SPRL

Boulevard de Waterloolaan 94 1000 Bruxelles



02/538.03.73

Pharmacie.boulevard@outlook.com

BCE : 0671.529.515

Tit - ARBAJ Sophiane

04/09/21

20/08/21 16:21

Vous avez été servi par BOUCHUARI

Zerrou , Abdenni 159923

1 NAPROXEN EG COMP 50 X 250 MG 7.49

8.32 € -0.83 €

Sous total : 7.49

Zerrou , Abdenni 159925

1 OXYBUTYNINE EG COMP 30 X 5 MG 5.79

6.43 € -0.64 €

1 TAMSULOSINE SANDOZ 0,4MG 16.44

LIB.MODIF. CAPS 30X0,4MG

18.27 € -1.83 €

Sous total : 22.23

Zerrou , Abdenni 159926

1 IMODIUM INSTANT COMP FONDANT 10.58  
20

11.76 € -1.18 €

Sous total : 10.58

Zerrou , Abdenni 159930

1 XALATAN 0,005 % COLLYRE 3X2,5 ML 15.74

ML

17.49 € -1.75 €

1 AZARGA COLLYRE SUSP. 3 X 5 ML 31.58

35.09 € -3.51 €

Sous total : 47.32

(6 articles) Tot. 87.62 €

Liquide reçu 100.00 €

Rendu 12.38 €

Rendu arrondi 12.40 €



La pharmacie est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 19h et le samedi de 9h à 19h