

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions 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.

Pharmacie :

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.

Optique :

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

Rééducation :

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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0054022

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1096

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZERROU Abdelhak

Date de naissance : 16/1/1947

Adresse : 8 Rue de la République

Tél. : 0601049754

Total des frais engagés : 23.62 Euro

Cadre réservé au Médecin

C.H.U. Saint-Pierre

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/7/2021

Nom et prénom du malade : ZERROU Abdelhak

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 : Casablanca

Le : 15/7/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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		42,34	C.H.U. Saint-Pierre Docteur Marc Adler Ophtalmologie 1-88177-03-370 02/535.31.95
15/7/21	Ophthalmo 2		47,01	
26/08/21	OPHTALMO 3	1000	236,29	
26/08/21	OPHTALMO 4	1000	92,77	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BOULEVARD Arboj Sophiane Bd de Waterloo 94 Bruxelles 1090 - Brussels Tel 02/ 588 03 73 - APB210730 FVA-BE 0671 529 515	15/7/21	52,58€
	20/8/21	87,62€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

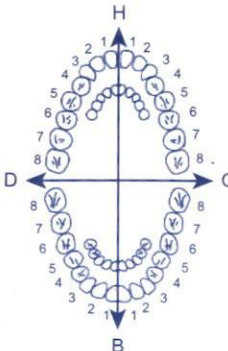
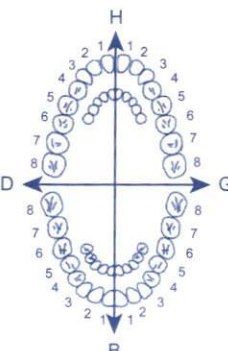
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			MONTANTS DES SOINS
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
B														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS											
			DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° du document : 0112835119 0101746340
 Réf. Etablissement :
 Envoi n° (S.E.) :
 N° Compte financier :
 N° Téléphone : 02/535.31.11

39823667

OU 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)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° 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.							
		18801370370 WILLERMAIN, FRANCO	000000		26,74	26,74	
Total en euro					26,74	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.

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
 MEDECIN CHEF 13/08/21

CHU Saint-Pierre

Service Ophtalmologie

Rendez-vous

T. 02/535.31.94
 T. 02/535.31.95

REÇU 13/08/2021
 Date :

Signature

Perçu pour le compte du N° BCE : 0256963391

Reçu la somme de : 26,74 EUR.

D

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

Page : 1

N° du document : 0112839119 0101746340
Réf. Etablissement :
Envoi n° (S.E.) :
N° Compte financier :
N° Téléphone : 02/535.31.11

39732542

DUS OU APPoser 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

Honoraires

N	CD	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date prescription	A charge O.A.	A charge patient	Total
(1)	L/A/S (2)						
		Le cas échéant, votre mutuelle vous remboursera tout ou partie du montant sur présentation de ce document.					
102535		18423268370 BARTIK, MARY ANN		000000	27,06	27,06	
248636		18423268370 BARTIK, MARY ANN		000000	7,64	7,64	
249238		18423268370 BARTIK, MARY ANN		000000	7,64	7,64	
					42,34	42,34	
					Total en euro		

(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.

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

MÉDECIN CHEF

DUSART, MICHELLE
26/08/21

REÇU 26/08/2021

0256963391

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

Reçu la somme de : EUR.

Date :
Signature

N° du document : 0112835119 0101746340
 Réf. Etablissement :
 Envoi n° (S.E.) :
 N° Compte financier :
 N° Téléphone : 02/535.31.11

000
63391

39831085

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

t: ZERROU, ABDENBI

Nom et prénom du patient:

ZERROU, ABDENBI

Le patient est hospitalisé/Ambulant :

N° d'identification du patient :

N° de l'établissement hospitalier :

Service :

AVENUE FRANKLIN ROOSEVELT 12 S
1050 IXELLES

ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES

Honoraires

N (1)	CD L/A/S (2)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° 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	
Total en euro					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.

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

MÉDECIN CHEF

DUSART, MICHELLE

24/09/21

REÇU

Date: 24/09/2021

Signature

Perçu pour le compte du N° BCE :

0256963391

Reçu la somme de :

42,34

EUR.

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

D

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 184232 Dr BARTIK, MARY ANN	24/09/2021	27,06
248636 DYNAMOMETRIE ET/OU TONOMETRIE 184232 Dr BARTIK, MARY ANN	24/09/2021	7,64
249233 BIOMICROSCOPIE BINOCULAIRE DU SEGME 184232 Dr BARTIK, MARY ANN	24/09/2021	7,64

+ 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

re

ES
7661000
256963391

Page : 1

N° du document :
Réf. Établissement : 05119 0101746340
Envoi n° (S.E.) :
N° Compte financier :
N° Téléphone : 02/535.31.11

39733164

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

ient :

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° on	N (1)	CD L/A/S (2)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date prescription	Honoraires		
						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
Total en euro							42,02	42,02

(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

MEDECIN CHEF

DUSART, MICHELLE

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

Page : 1

te 322
BRUXELLES
MI : 71007661000
BCE : 0256963391

N° du document : 0112835119-0101746340

Réf. Etablissement :

* Envoi n° (S.E.) :

N° Compte financier :

N° Téléphone : 02/535.31.11

39725900

IS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.
ZERROU, ABDENBI

Nom et prénom du patient: ZERROU, ABDENBI

Le patient est hospitalisé/Ambulant :

N° d'identification du patient :

N° de l'établissement hospitalier :

Service :

AVENUE FRANKLIN ROOSEVELT 12 S
1050 IXELLES

ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES

Honoraires

N (1)	CD L/A/S (2)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° 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		18423268370 BARTIK, MARY ANN		000000	27,06	27,06	
248636		18423268370 BARTIK, MARY ANN		000000	7,64	7,64	
249233		18423268370 BARTIK, MARY ANN		000000	7,64	7,64	
Total en euro					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.

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.

15617394940 DUSART, MICHELLE

MÉDECIN CHEF

15/07/21

REÇU 15/07/2021

0256963391

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

Date :
Signature

Reçu la somme de : EUR.

CHU Saint-Pierre

Page : 1

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

le Haute 322
 1000 BRUXELLES
 NO. INAMI : 71007661000
 uméro BCE : 0256963391

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

Honoraires

Date prestation	Numéro prestation	N (1)	CD L/A/S (2)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date prescription	A charge O.A.	A charge patient
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	355014			18423268370 BARTIK, MARY ANN		000000	74,54	74,
Prestation Relative : 248253								

(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,

Codification L/A/S en (2)

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

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, MICHELE
 MEDECIN CHEF

REÇU 26/08/2021
 Date :
 Signature

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

Perçu pour le compte du N° BCE : 0256963391
 Reçu la somme de : 224,52 EUR.

MOD. D10 FR *18*

1D10LRZV001 - 3091270

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 184232 Dr BARTIK, MARY ANN	26/08/2021	138,52
248673 BIOMICROSCOP.SEG.POST.ET/OU ANGLE C 184232 Dr BARTIK, MARY ANN	26/08/2021	11,46
355014 SUPPL.POUR METHODE LASER (EXCLUSION) 184232 Dr BARTIK, MARY ANN	26/08/2021	74,54
+ 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

REEMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

nom et prénom

du bénéficiaire : **ZERROU ABDENBI (01/01/47)**

réservé à la vignette du
conditionnement

R/ Xalatan collyre sol. 3x2,5ml 50µg/1ml
DT/ 1 boîte 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 boîte de 3
S/ 1 FL 2 fois par jour
à partir du 15/07/2021
à durée indéterminée

PHARMACIE BOULEVARD
Arbaj Sophiane
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

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

PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS

PHARMACIE BOULEVARD@outlook.com

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 184232 Dr BARTIK, MARY ANN	26/08/2021	27,06
248636 DYNAMOMETRIE ET/OU TONOMETRIE 184232 Dr BARTIK, MARY ANN	26/08/2021	7,64
249233 BIOMICROSCOPIE BINOCULAIRE DU SEGME 184232 Dr BARTIK, MARY ANN	26/08/2021	7,64

+ 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
Référence : 9025/ 2533190
15/07/2021

RECU DE

ZERROU, ABDENBI
AVENUE FRANKLIN ROOSEVELT 12 SCI
1050 IXELLES

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

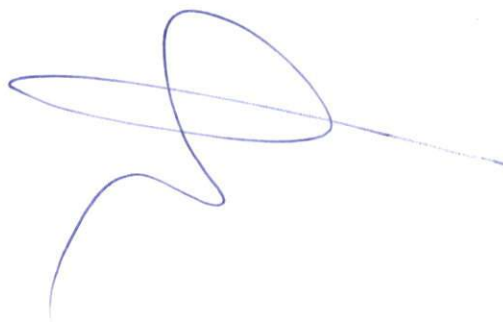
+ Prestations

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

* 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 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 €

PHARMACIE BOULEVARD
Arbaj Sophiane
Bd de Waterloo 94
1000 Bruxelles
02/538.03.73
TVA: BE 0671 529 515
DUPICAT 730



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