

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Radiologie 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° P19- 0044216

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0629 Société : RAM 134613

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HACHEM OUM

Date de naissance : 07/03/1943

Adresse : 5 Bis Rue BOU BABER CASAB

Tél. : 06 67 21 267 Total des frais engagés : CAD 161,31 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : SAÏQ HACHA OUM Age : 70 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA Polyarthrite Rhumatoïde - Hypertension

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 : CASAB Le : 16 / 09 / 22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF/
JEWISH GENERAL HOSPITAL

PHARMACIE / PHARMACY
PRESCRIPTION DE DÉPART / DISCHARGE PRESCRIPTION

SADIQ, HALIMA
A1506-4850 CH COTE DES NEIGES
Montreal QC H3V 1G5
(514) 773-2972
SADH 5257 0519 EXP 2024 07

U# 810422

No. R.A.M.U. / Medication No.

Adresse / Address

ALLERGIES:

INTOLÉRANCES / INTOLERANCES:

Grandeur / Height

Poids / Weight

Cr

Prolia 60 mg sic q 6 months

x1 an

MS153

Celebrex 100 mg tabs

1-2 tabs PO bid PRN Sun.

Folic acid 5 mg PO die except Mond-
-ite

Methotrexate 20 mg PO q Monday

Plavix 200 mg PO die

Vitamin D 10 000 IU po q week

All x 1 month

Rx Co.

PJC JEAN COUTU #068
1675, Ste-Catherine Ouest
Montréal (Québec) H3H 1L9
tél. 514 933-4221

Date

Heure / Time

Signature du prescripteur / Prescriber signature

Nom en lettres moulées / Print name

Licence du prescripteur / Prescriber license

22/08/22 All J. Coutu 117666

TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR: 1) CETTE ORDONNANCE EST ORIGINALE 2) LE PHARMACIEN IDENTIFIÉ PRÉCITÉ EST LE SEUL DESTINATAIRE 3) L'ORIGINAL DE CETTE ORDONNANCE NE SERA PAS RÉUTILISÉ

PRESCRIPTION DE DÉPART / DISCHARGE PRESCRIPTION

To:

Page: 1 of 1

2022-09-05 13:52:37 EDT

15147319130

From: Clinique Médicale Diamant

- Cette ordonnance est une ordonnance originale

- Le pharmacien identifié ci-bas est le seul destinataire

PHARMACIE MAHER BITAR, VALERIE SAVOIE-ROSAY ET JEAN COUTU INC.

1875 Rue Ste-Catherine O Montréal (Québec) H3H 1L9

L'original ne sera pas utilisé

Truong



**Clinique Médicale
Diamant**

2883 Côte-des-Neiges, bur. 401 Montréal (Québec) H3S 2T2
Tél: (514) 731-5994 Fax: (514) 731-9130

Clinique Médicale Diamant

Date: 5 septembre 2022

NAM: SADH 5257 0519 Exp.: 2024-07

Nom: Halima Sadiq

DDN: 5 juillet 1952

Tel.: (514) 773-2972

Allergies: nil

Poids: 52 kg

Synthroid 88mcg comprimé - Qté.: 90 - Ren.: 4

1 co DIE x 30 jours

PERINDOPRIL-ERBUMINE 4MG TABLET - Qté.: 90 co - Ren.: 12

1 co DIE x 90 Jour(s)

ASA-ANTIPLATELET 80MG ENTERIC TAB. - Qté.: 90 co - Ren.: 12

1 co DIE x 90 Jour(s)

ATORVASTATIN 10MG TABLET - Qté.: 90 co - Ren.: 12

1 co DIE x 90 Jour(s)

PJC JEAN COUTU #068

1675, Ste-Catherine Ouest
Montréal (Québec) H3H 1L9
tél. 514 933-4221

[Signature]

Truong

Dr TRUONG, HONG BAO SON

Médecin

1004860

5885 ch de la Côtes-des-Neiges, bur. 401, Montréal (Quebec) H3S 2T2

Téléphone: (514) 731-5994 | Télécopieur (514) 731-9130

Ce document est confidentiel et ne peut être consulté que par l'utilisateur qui y est mentionné.

Imprimé le 2022-09-05 13:51:58 par Hong Bao Son Truong

Page 1 / 1

7.14.1 2022-09-05 13.53



Pharmacien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

Pharmacien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

SADIQ, HALIMA (HACHEM)4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 22.91 (D) 0.00
4 66425 93478 6

Pharmacien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

SADIQ, HALIMA (HACHEM)4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 24.90 (D) 0.00
4 66425 93480 9

Pharmacien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

SADIQ, HALIMA (HACHEM)4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 7.49 (D) 0.00
4 66425 93481 6

Pharmacien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

SADIQ, HALIMA (HACHEM)4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 10.20 (D) 0.00
4 66425 93483 0**SADIQ****HALIMA (HACHEM)**4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

Passera-TEL

Dim. 11 sept., 13:00



514-773-2972

Total 4 Rx**65.50 \$**

Imprimé le : 11 sept. 2022 10:14

4 70013 40734 7

39

60 SYNTHROID 0.088 MG, CO

Dr TRUONG, H. (100486)

Qté: 390 Ech: 5 sept. 2024

Rx **1990663-0068**

11 sept. 2022

DIN 02172097

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 4300709863-657855

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
22.91	RAMQ	22.91	0.00	22.91	0.00	0.00 \$
Total à payer						22.91 \$

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
4.61	0.30	4.91	18.00	4.91	22.91

60 RIVA PERINDOPRIL PLAQ 4 MG, CO

Dr TRUONG, H. (100486)

Qté: 1110 Ech: 5 sept. 2024

Rx **1990664-0068**

11 sept. 2022

DIN 02472023

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 4300715145-657857

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
31.05	RAMQ	31.05	0.00	21.59	3.31	6.15 \$
Total à payer						24.90 \$

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
12.25	0.80	13.05	18.00	13.05	24.90

60 ASAPHEN EC 80 MG, CO

Dr TRUONG, H. (100486)

Qté: 1110 Ech: 5 sept. 2024

Rx **1990665-0068**

11 sept. 2022

DIN 02238545

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 4300716038-657858

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
21.39	RAMQ	21.39	0.00	0.00	7.49	13.90 \$
Total à payer						7.49 \$

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
3.18	0.21	3.39	18.00	3.39	7.49

60 APO ATORVASTATIN 10 MG, CO

Dr TRUONG, H. (100486)

Qté: 1110 Ech: 5 sept. 2024

Rx **1990666-0068**

11 sept. 2022

DIN 02295261

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 4300706943-657859

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
29.14	RAMQ	29.14	0.00	0.00	10.20	18.94 \$
Total à payer						10.20 \$

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
10.46	0.68	11.14	18.00	11.14	10.20



Pharmicien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

Pharmicien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

SADIQ, HALIMA (HACHEM)4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A)101 (B)
(C)55.08 (D)0.00
4 66425 93526 4

Pharmicien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

SADIQ, HALIMA (HACHEM)4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A)101 (B)
(C)2.92 (D)0.00
4 66425 93533 2

Pharmicien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

SADIQ, HALIMA (HACHEM)4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A)101 (B)
(C)11.01 (D)0.00
4 66425 93529 5

Pharmicien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

SADIQ, HALIMA (HACHEM)4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A)101 (B)
(C)4.91 (D)0.00
4 66425 93530 1

Pharmicien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

SADIQ, HALIMA (HACHEM)4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A)101 (B)
(C)2.88 (D)0.00
4 66425 93531 8**SADIQ**
HALIMA (HACHEM)4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

Passera-TEL

Dim. 11 sept., 13:00

**Total 5 Rx****76.80 \$**

Imprimé le : 11 sept. 2022 12:55

4 70013 40755 2

10

1 un PROLIA 60 MG/ML, SER INJ

Dr WOJCIK, S. (117666)

Ren: avant 22 août 2023

Rx 1992443-0068

11 sept. 2022

DIN 02343541

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 55.08 \$

RAMQ Réf: 4300796386-657902

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

DATE PREVUE RENOUV.: 2023/01/15

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
360.83	RAMQ	360.83	0.00	22.25	32.83	305.75 \$

Total à payer 55.08 \$

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
330.00	21.45	351.45	9.38	351.45	55.08

20 SANDOZ FOLIC ACID 5 MG, CO

Dr WOJCIK, S. (117666)

Ren: 6 Ech: 22 août 2024

Rx 1992445-0068

11 sept. 2022

DIN 02285673

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 55.08 \$

RAMQ Réf: 4300796801-657904

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
8.82	RAMQ	8.82	0.00	0.00	2.92	5.90 \$

Total à payer 2.92 \$

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
0.39	0.03	0.42	8.40	0.42	2.92

8 METHOTREXATE 10 MG, CO

Dr WOJCIK, S. (117666)

Ren: 6 Ech: 22 août 2024

Rx 1992446-0068

11 sept. 2022

DIN 02182750

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 55.08 \$

RAMQ Réf: 4300790762-657905

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
31.46	RAMQ	31.46	0.00	0.00	11.01	20.45 \$

Total à payer 11.01 \$

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
21.65	1.41	23.06	8.40	23.06	11.01

30 APO HYDROXYQUINE 200 MG, CO

Dr WOJCIK, S. (117666)

Ren: 6 Ech: 22 août 2024

Rx 1992447-0068

11 sept. 2022

DIN 02246691

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 55.08 \$

RAMQ Réf: 4300797022-657908

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
14.04	RAMQ	14.04	0.00	0.00	4.91	9.13 \$

Total à payer 4.91 \$

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
4.73	0.31	5.04	9.00	5.04	4.91

4 D-TABS 10 000 UI, CO

Dr WOJCIK, S. (117666)

Ren: 6 Ech: 22 août 2024

Rx 1992448-0068

11 sept. 2022

DIN 00821772

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 55.08 \$

RAMQ Réf: 4300795160-657909

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
9.29	RAMQ	9.29	0.00	0.00	2.88	6.41 \$

Total à payer 2.88 \$

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
0.84	0.05	0.89	8.40	0.89	2.88



Pharmicien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

Pharmicien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

SADIQ, HALIMA (HACHEM)4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 3.09 (D) 0.00
4 66435 64853 6

Pharmicien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

SADIQ, HALIMA (HACHEM)4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 11.01 (D) 0.00
4 66435 64854 3

Pharmicien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

SADIQ, HALIMA (HACHEM)4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 4.91 (D) 0.00
4 66435 64857 4**SADIQ****HALIMA (HACHEM)**

4850 Cote Des Neiges #1506

Montreal, QC

514-773-2972

Passera-TEL

Mar. 13 sept., 13:00

**Total 3 Rx****19.01 \$**

Imprimé le : 13 sept. 2022 11:26

4 70013 41356 0

32

20 SANDOZ FOLIC ACID 5 MG, CO

Dr WOJCIK, S. (117666)

Ren: 5 Éch: 22 août 2024

Rx **1992445-0068**

13 sept. 2022

DIN 02285673

Montant résiduel RAMQ: 19.85 \$
Contributions à ce jour: 35.23 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
8.02	RAMQ	8.82	0.00	0.00	3.09	5.73 \$

Total à payer 3.09 \$

RAMQ Réf: 4302569636-659678

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

DATE PREVUE RENOUV.: 2022/10/09

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
0.39	0.03	0.42	8.40	0.42	3.09

8 METHOTREXATE 10 MG, CO

Dr WOJCIK, S. (117666)

Ren: 5 Éch: 22 août 2024

Rx **1992446-0068**

13 sept. 2022

DIN 02182750

Montant résiduel RAMQ: 8.84 \$
Contributions à ce jour: 46.24 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
31.06	RAMQ	31.46	0.00	0.00	11.01	20.45 \$

Total à payer 11.01 \$

RAMQ Réf: 4302569797-659679

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

DATE PREVUE RENOUV.: 2022/10/14

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
21.65	1.41	23.06	8.40	23.06	11.01

30 APO HYDROXYQUINE 200 MG, CO

Dr WOJCIK, S. (117666)

Ren: 5 Éch: 22 août 2024

Rx **1992447-0068**

13 sept. 2022

DIN 02246691

Montant résiduel RAMQ: 3.93 \$
Contributions à ce jour: 51.15 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
14.04	RAMQ	14.04	0.00	0.00	4.91	9.13 \$

Total à payer 4.91 \$

RAMQ Réf: 4302539974-659682

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

DATE PREVUE RENOUV.: 2022/10/18

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
4.73	0.31	5.04	9.00	5.04	4.91