

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 vignette, 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 canaux, 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 canaux.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-700749

233367

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Mohamed Majoud

Nom & Prénom : Mohamed Majoud

Date de naissance : 26-12-1957

Adresse : 301-555 Rue St. Louis HTV OCS

Tél. : 514 546 8508

Total des frais engagés : CAD 96,74\$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mohamed Majoud Age : 64

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

Nature de la maladie : Diabète Insulino-dépendant - 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 : LAVAL (OC) Le : / /

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
			6	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
El-Achkar, Jetha, Merrouni Pharmaciens, Affiliés à Pharmaprix Centre commercial St-Martin 965, Boul. Curé-Labelle Arr: Chomedey, Laval QC H7V 2V7	04/10/2022	2143 96,74 \$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

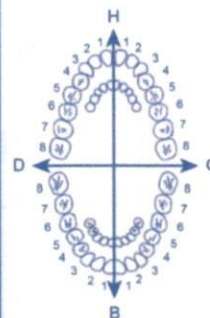
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

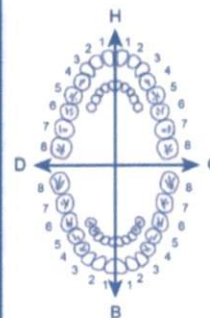
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H			
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		G	
00000000	00000000		
35533411	11433553		
	B		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOSSIER PATIENT

El-Achkar, Jetha, Merrouni

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

Centre commercial St-Martin

965, Boul. Curé-Labelle

PATIENT: MOUJOD MOHAMED

Adresse: 301-559 rue Saint-Louis
Ville: Laval
Téléphone: (514)546-8508
Code Postal: H7V 0C5
Allergie(s): Pas d'allergie déclarée

Sexe: M Langue: Français
Naissance: 1957/12/26 Age: 64 ans
Taille: 0,00 m. Poids: 89,00 Kg
R.A.M.Q: MOUM 5712 2612 /12

Date	No Rx	Qte	Médicament	Att.	Posologie Heure de prise Indication	Médecin	Ren à donner / Ren donnés, Durée
2021/10/29	1522-177 Non Servie	30,0	SYSTANE ULTRA HYDRATION unidose 0.7ml	FS	SELON LES DIRECTIVES DU MÉDECIN	L.JAWORSKI (1114677)	100/0 30 Ad: 2022/10/21
2021/10/29	1522-176 Non Servie	10,0	HYLO 0.1% Sol. Oph.	FS	INSTILLENZ 1 GOUTTE DANS LES 2 YEUX 4 FOIS PAR JOUR REGULIEREMENT	L.JAWORSKI (1114677)	100/0 30 Ad: 2022/10/21
2021/10/29	1522-174 Non Servie	10,0	HYDRASENSE DROPS 0.15% GOUTTE	FS	SELON LES DIRECTIVES DU MÉDECIN	L.JAWORSKI (1114677)	100/0 30 Ad: 2022/10/21
2021/10/29	1522-173 Non Servie	30,0	REFRESH 1.4%(0.4ml) Sol.Oph.	FS	SELON LES DIRECTIVES DU MÉDECIN	L.JAWORSKI (1114677)	100/0 30 Ad: 2022/10/21
2021/09/05	1504-250 Non Servie	100,0	MICROLET LANCETS Lancette	FS	JETER APRÈS UNE UTILISATION DANS CONTENANT JAUNE DE RÉCUPÉRATION ***NE PAS JETER DANS LES POUBELLES***	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	100/0 30 Ad: 2022/05/06
2021/09/05	1504-248 Non Servie	30,0	PANTOPRAZOLE 40mg Comp. Entér.	FS	PRENDRE 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR 30 MINUTES AVANT LE DÉJEUNER (POUR L'ESTOMAC)	P.POULIN (1071992)	3/0 30 Ad: 2021/06/23
2021/09/05	1504-241 Non Servie	100,0	CONTOUR NEXT Bandelette	FS	POUR MESURER LES GLYCÉMIES SI BESOIN, À JEÛN OU 2H APRÈS LE REPAS OU TEL QUE PRESCRIT ***NE PAS UTILISER SI EXPIRÉ***	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	100/0 30 Ad: 2022/05/06
2021/09/05	1504-232 Non Servie	10,0	MED-DORZOLAMI DE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Oph.	FS	INSTILLENZ 1 GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR AUX 12 HEURES DANS LES 2 YEUX	L.JAWORSKI (1114677)	100/0 30 Ad: 2022/03/22
2022/09/04	1640-734	5,0	APIDRA CART(3) 100UI/ml Cartouche(3)	NS	INJECTION SOUSCUTANÉE DE 20 UNITÉS 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0 30 Ad: 2022/12/14
2022/09/04	1640-728	5,0	BASAGLAR KWIKPEN (80U) 100UI/ml Stylo(3)	NS	INJECTION SOUSCUTANÉE DE 18 UNITÉS 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	C.TARABAY (4405544)	0/0 30 Ad: 2023/09/04
2022/09/04 Orig: 2022/06/28	1616-203	10,0	MED-DORZOLAMI DE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Oph.	RS	INSTILLENZ 1 GOUTTE DANS LES 2 YEUX 2 FOIS PAR JOUR AUX 12 HEURES	L.JAWORSKI (1114677)	97/2 30 Ad: 2022/10/21
2022/09/04 Orig: 2022/01/11	1539-232	30,0	PERINDOPRIL/IND APAMIDE 1.25mg-4mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	5/7 30 Ad: 2022/12/15
2022/09/04 Orig: 2022/01/11	1539-231	30,0	ROSUVASTATIN 10mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	7/5 30 Ad: 2022/12/15
2022/09/04 Orig: 2022/01/11	1539-230	30,0	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR EN MANGEANT (EN150)	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	7/5 30 Ad: 2022/12/15
2022/09/04 Orig: 2021/11/15	1522-120	5,0	SANDOZ-TRAVOP ROST 0.004% Gtte Oph.	RS	INSTILLENZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR JOUR DANS LES 2 YEUX 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	L.JAWORSKI (1114677)	93/6 30 Ad: 2022/10/21

PATIENT: MOUJOURD MOHAMED

Date	No Rx	Qte	Médicament	Att.	Posologie Heure de prise Indication	Médecin	Ren à donner / Ren donnés, Durée
2022/09/04 Orig: 2021/10/08	1509-469	30,0	SANDOZ AMLODIPINE 2.5mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	2/10 30 Ad: 2022/06/10
2022/08/01 Orig: 2022/06/28	1616-210	510,0	M-PEG 3350 100% Pd Orale	RS	PRENEZ 17 G DE POUDRE (DILUÉE DANS 250 ML DE LIQUIDE) 1 FOIS PAR JOUR. *GI27*	I.MERROUNI (4216552)	5/1 30 Ad: 2023/06/28
2022/06/08	1504-249	100,0	AIGUILLE NANO, PRO ULTRA-F 4mm Cal.32	NS	SELON LES DIRECTIVES DU MÉDECIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	10/0 30 Ad: 2020/10/24
2022/04/17 Orig: 2021/11/15	1522-119	60,0	COSOPT UNIDOSE 2%-0.5%(0.2ml) Amp.Sol.Ophth.	RS	INSTILLEX 1 GOUTTE DANS LES 2 YEUX 2 FOIS PAR JOUR AUX 12 HEURES	L.JAWORSKI (1114677)	94/4 30 Ad: 2022/10/21

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

1539-230 Ad:2022/12/15 6 02-416-794
30 JANUMET XR (1000mg-50mg) Comp. L.A.
**PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR
JOUR EN MANGEANT
(EN150)**

Moujoud Mohamed Servi: 2022/10/04
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2023/10/02

El-Achkar, Jetha, Merrouni
Pharmaciens, Affiliés à Pharmaprix
Centre commercial St-Martin
965, Boul. Curé-Labelle
Arr: Chomedey, Laval QC H7V 2V7

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

1539-231 Ad:2022/12/15 6 02-405-636
30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.
**PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR
JOUR AU COUCHER**

Moujoud Mohamed Servi: 2022/10/04
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2023/10/02

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

1509-469 Ad:2022/06/10 1 02-330-474
30 SANDOZ AMLODIPINE (2.5mg) Comp.
**PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR
JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR**

Moujoud Mohamed Servi: 2022/10/04
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2023/10/02

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

1652-557 Ad:2023/09/29 11 02-481-650
30 PERINDOPRIL ERBUMINE (8mg) Comp.
**PRENEZ 1 COMPRIME AU DEJEUNER
REGULIEREMENT (AVEC 1 COMPRIME DE
INDAPAMIDE 1.25MG)**

Moujoud Mohamed Servi: 2022/10/04
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2023/10/02

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

1640-734 Ad:2022/12/14 5 02-279-479
5 APIDRA CART(3) (100UI/ml) Cartouche(3)
**INJECTION SOUSCUTANEE DE 20
UNITÉS 1 FOIS PAR JOUR LE
MATIN**

Moujoud Mohamed Servi: 2022/10/04
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2022/11/01

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

1652-552 Ad:2023/10/04 0 02-461-528
5 BASAGLAR KWIKPEN (80U) (100UI/ml) Stylo
**INJECTION SOUSCUTANEE DE 18
UNITÉS 1 FOIS PAR JOUR AU
COUCHER**

Moujoud Mohamed Servi: 2022/10/04
442-304 Ph: D.Antaki Jeter: 2022/11/01

Liste des ordonnances pour la période du 2021/09/05
lpordpatAbrege.rpt (2011/05/18)

2/09/15 19:14:57
Page 2 de 2

Clinique de Medecine Familiale

1875 Rue Maurice-Gauvin Suite 102
Laval H7S2M5
Tél: 450-902-0943 Fax: 450-902-0919

MOUJOURD MOHAMED

Confidentiel

Nam: **MOUM 5712 2612** Exp: **26.12**

Dossier #

Nais: **1957-12-26** Sexe **M** Père:

A 22237

Tél.: **514-546-8508**

559 ST-LOUIS APT 301, LAVAL, H7V 0C5

Hopital #

Liste des allergies et intolérances

Aucune allergie connue

Rx-Ordonnance

jeudi 29 septembre 2022

DSQ Coversyl plus 8+1.25mg COMPRIME
1 co DIE AM x 30j #30 Ren:11

☐ **Remplacer Teva perindopril e/inda 4+1.25mg comprime
**prenez 1 comprime 1 fois par jour le matin #30 X30j Ren:12

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683



1652-558

Ad:2023/09/29 **11** 02-240-067

30 MYLAN-INDAPAMIDE (1.25mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR
AU DEJEUNER (AVEC 1 COMPRIME DE
PERINDOPRIL ERBUMINE 8MG)**



Moujoud Mohamed
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter:

Servi: 2022/10/04
2023/10/02

**CLINIQUE BELLEVUE**

OPHTHALMOLOGIE • LASIK • ESTHÉTIQUE

1685, rue Fleetwood, suite 300

Laval (Québec) H7N 4B2

Tél. : 514-256-0007

Fax : 514-256-4966

www.cliniquebellevue.com

ORDONNANCE DE DÉPART

Date :

6/10/2022

Nom :

Mohamed Moujoud

Rx

- | | | |
|---|---------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Alphaghan P | 1 gtte | BID |
| <input type="checkbox"/> Azarga | 1 gtte | BID |
| <input type="checkbox"/> Azapt | 1 gtte | BID |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cosopt | 1 gtte | <u>OU</u> BID |
| <input type="checkbox"/> Cosopt (sans préservatif OP91) | 1 gtte | BID |
| <input type="checkbox"/> Combigan | 1 gtte | BID |
| <input type="checkbox"/> Diamox | mg p.o. | ID (#) |
| <input type="checkbox"/> Duo Trav (5 ml) *OP39 | 1 gtte | DIE |
| <input type="checkbox"/> Izba | 3 gtte | |
| <input type="checkbox"/> Lumigan RC (5 ml) | 1 gtte | QHS |
| <input type="checkbox"/> Neptazane | mg p.o. | ID (#) |
| <input type="checkbox"/> Pilocarpine % | 1 gtte | , ID |
| <input type="checkbox"/> Simbrinza | 3 gtte | |
| <input type="checkbox"/> Timoptic 0,5% | 1 gtte | BID |
| <input type="checkbox"/> Timoptic-XE 0,5% | 1 gtte | DIE |
| <input type="checkbox"/> Travatan (5 ml) | 1 gtte | QHS |
| <input checked="" type="checkbox"/> Travatan z | 1 gtte | <u>OU</u> QHS |
| <input type="checkbox"/> Trusopt | 1 gtte | BID |
| <input type="checkbox"/> Vistitan | 3 gtte | |
| <input type="checkbox"/> Xalacom *OP39 | 1 gtte | QHS |
| <input type="checkbox"/> Xalatan | 1 gtte | QHS |
| <input type="checkbox"/> Autres: | | |

Renouvelable 12 fois

Ugauri

Signature du médecin

R. lan

- | | | | |
|--|-----------|---|-----------|
| <input type="radio"/> Aumond, Sarah | 3211026 | <input type="radio"/> Hasan, Jesia | 15542 |
| <input type="radio"/> Bélair, Marie-Lyne | 06-175 | <input type="radio"/> Heckler, Lisa | 15035 |
| <input type="radio"/> Bergeron, Richard | 81144 | <input checked="" type="radio"/> Jaworski, Laurence | 11-1467-7 |
| <input type="radio"/> Biernacki, Katarzyna | 13-160 | <input type="radio"/> Paquin, Michel | 66-046-3 |
| <input type="radio"/> Callejo, Sonia | 11-0506-3 | <input type="radio"/> Rabia, Yasmine | 20090 |
| <input type="radio"/> Charbonneau, Louise | 87002-1 | <input type="radio"/> Rezende, Flavio | 09321 |
| <input type="radio"/> Courey, Claudine | 321207 | <input type="radio"/> Swieca, Richard | 85-501 |
| <input type="radio"/> Fadous, Raphaëlle | 18294 | <input type="radio"/> Wakil, Susan | 19071 |
| <input type="radio"/> Gravel, Michel | 87549 | <input type="radio"/> Wein, Francine | 98-342 |
| <input type="radio"/> Hammamji, Karim | 13-534 | <input type="radio"/> Youhnovska, Pavlina | 12-747 |
| <input type="radio"/> Harasymowycz, Paul | 01-359-8 | | |

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683



1616-203

Ad: 2022/10/21

02-437-686

10 MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL (2%-0.5%)

INSTILLEZ 1 GOUTTE DANS LES 2 YEUX 2 FOIS PAR JOUR AUX 12 HEURES

Moujoud Mohamed

Servi:

2022/10/04

111-467 Dr. L.JAWORSKI

Jeter:

2022/11/03



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683



1522-120

Ad: 2022/10/21

02-413-167

5 SANDOZ-TRAVOPROST (0.004%) Gtte Opht

INSTILLEZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR JOUR DANS LES 2 YEUX 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER

Moujoud Mohamed

Servi:

2022/10/04

111-467 Dr. L.JAWORSKI

Jeter:

2022/11/01





Pharmacie El-Achkar, Jetha et
Merouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

Moujoud Mohamed
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 514 546-8508

Date: 2022/10/04 18H31

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
30.0 1652-557 02-481-650	PERINDOPRIL ERBUMINE 8mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4320240322 006864	Oct-22 96.74 / 0.00	18.04	18.04	0.00	0.00	0.00
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	8.49	0.55	9.04	9.00	9.04		
30.0 1652-558 02-240-067	MYLAN-INDAPAMIDE 1.25mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4320240323 006865	Oct-22 96.74 / 0.00	11.38	11.38	0.00	0.00	0.00
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	2.24	0.14	2.38	9.00	2.38		

Handwritten signature

01508C2
ORIGINAL



Passera: 04/10/2022 à 00:18
* PASSERA À: _____ *

Total: 96.74\$



Pharmacie El-Achkar, Jetha et
Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 – 450-681-1683

Moujoud Mohamed
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 514 546-8508

Date: 2022/10/04 18H31

RAMQ: MOUM 5712 2612



Pharmacie El-Achkar, Jetha et
Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 – 450-681-1683

Moujoud Mohamed
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 514 546-8508

Date: 2022/10/04 18H31

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
5.0 1640-734 02-279-479	APIDRA CART(3) 100UI/ml Cartouche(3) N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4320236502 006854	Oct-22 35.67 / 61.07	60.58	24.91	22.25	13.42	35.67
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total			Hon Prof.		Prix RGAM		
par le pharmacien 48.45 3.15 51.60			8.98		51.60		
10.0 1616-203 02-437-686	MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Oph. L.JAWORSKI Acceptée : RAMQ 4320236506 006855	Oct-22 46.23 / 50.51	30.16	19.60	0.00	10.56	10.56
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total			Hon Prof.		Prix RGAM		
par le pharmacien 19.89 1.29 21.18			8.98		21.18		

No: 0150802
ORIGINAL

Reçu 1 de 5

Passera: 04/10/2022 à 00:18
* PASSERA À: *

Voir total dernière page

RECU OFFICIEL

Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
30.0 1539-231 02-405-636	ROSUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4320236513 006856	Oct-22 50.89 / 45.85	13.32	8.66	0.00	4.66	4.66
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total			Hon Prof.		Prix RGAM		
par le pharmacien 4.06 0.26 4.32			9.00		4.32		
30.0 1539-230 02-416-794	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4320236517 006857	Oct-22 69.36 / 27.38	52.77	34.30	0.00	18.47	18.47
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total			Hon Prof.		Prix RGAM		
par le pharmacien 41.10 2.67 43.77			9.00		43.77		

No: 0150802
ORIGINAL

Reçu 2 de 5

Passera: 04/10/2022 à 00:18
* PASSERA À: *

Voir total dernière page

RECU OFFICIEL



Pharmacie El-Achkar, Jetha et
Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

Moujoud Mohamed
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 514 546-8508

Date: 2022/10/04 18H31

RAMQ: MOUM 5712 2612



Pharmacie El-Achkar, Jetha et
Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

Moujoud Mohamed
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 514 546-8508

Date: 2022/10/04 18H31

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
5.0 1522-120 02-413-167	SANDOZ-TRAVOPROST 0.004% Gtte Opht. L.JAWORSKI Acceptée : RAMQ 4320236523 006858	Oct-22 79.85 / 16.89	29.96	19.47	0.00	10.49	10.49
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 19.70 1.28			20.98	8.98	20.98		
30.0 1509-469 02-330-474	SANDOZ AMLODIPINE 2.5mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4320236529 006859	Oct-22 83.86 / 12.88	11.45	7.44	0.00	4.01	4.01
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 2.30 0.15			2.45	9.00	2.45		

No: 0150802

ORIGINAL

Reçu 3 de 5

Passera: 04/10/2022 à 00:18

* PASSERA A: _____

Voir total dernière page

RECU OFFICIEL

Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
510.0 1616-210 02-450-070	M-PEG 3350 100% Pd Orale I.MERROUNI Acceptée : RAMQ 4320236535 006860	Oct-22 91.74 / 5.00	22.50	14.62	0.00	7.88	7.88
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 12.70 0.82			13.52	8.98	13.52		
5.0 1652-552 02-461-528	BASAGLAR KWIKPEN (80U) 100U/ml Stylo(3) D.Antaki Acceptée : RAMQ 4320236537 006861	Oct-22 96.74 / 0.00	83.55	78.55	0.00	5.00	5.00
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 69.64 4.53			74.17	9.38	74.17		

No: 0150802

ORIGINAL

Reçu 4 de 5

Passera: 04/10/2022 à 00:18

* PASSERA A: _____

Voir total dernière page

RECU OFFICIEL