

195216

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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

W21-832913

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Mohamed Moujaoud  
 Date de naissance : 26-12-1957  
 Adresse : 301-559 Rue St-Louis  
LAYAL (OC) 47V 0C5  
 Tél. : 514 546 8508 Total des frais engagés : CAD 99,65 \$ X

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Mohamed Moujaoud Age : 66  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète Insulino-dépendant - Glaucome  
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☒ ALC Pathologie : 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 : LAYAL (OC) Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :



PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
<b>El-Achkar, Jetha, Merrouni</b> Pharmaciens, Affiliés à Pharmaprix Centre commercial St-Martin 965, Boul. Curé-Labelle Arr. Chomedey, Laval QC H7V 2V7	14/01/2008	76,34 23,31 99,65 \$

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

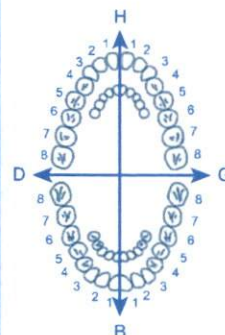
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

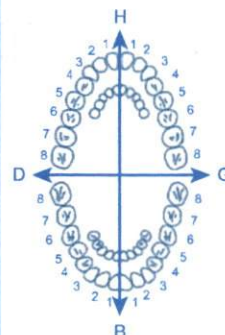
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

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

# COMPRENDRE LES NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE VOTRE FACTURE

Prix RGAM: prix du médicament assumé par le Régime général d'assurance médicaments

Montant non assuré: montant non couvert ou refusé par l'assureur



## Honoraires professionnels

composés de:



### Consultation pharmaceutique

(Validation de l'ordonnance, analyse du dossier et service-conseil)



### Préparation et vérification du médicament



### Responsabilité professionnelle et surveillance de la thérapie



### Dépenses courantes

(Salaires, loyer, électricité, équipement informatique, frais financiers, etc.)





**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: 2024/01/14 18H44

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 1824-679 02-413-167	<b>SANDOZ-TRAVOPROST 0.004% Gtte</b> <b>Opht.</b> L.JAWORSKI Acceptée : RAMQ 4693541011 005343	Jan-24 33.73 / 65.92	31.59	21.17	0.00	10.42	10.42
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 19.70 1.28			20.98	10.61	20.98		
60.0 1824-677 02-258-692	<b>COSOPT UNIDOSE 2%-0.5%(0.2ml)</b> <b>Amp.Sol.Opht.</b> L.JAWORSKI Acceptée : RAMQ 4693540103 005344	Jan-24 47.08 / 52.57	40.44	27.09	0.00	13.35	13.35
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 28.41 1.85			30.26	10.18	30.26		

No: 1894422  
**ORIGINAL**  
Reçu 1 de 4

Passera: 14/01/2024 à 00:17  
\* PASSERA À: \_\_\_\_\_ \*

Voir total dernière page

**REÇU OFFICIEL**

# COMPRENDRE LES NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE VOTRE FACTURE

Prix RGAM: prix du médicament assumé par le Régime général d'assurance médicaments

Montant non assuré: montant non couvert ou refusé par l'assureur



## Honoraires professionnels

composés de:



### Consultation pharmaceutique

(Validation de l'ordonnance, analyse  
du dossier et service-conseil)



### Préparation et vérification du médicament



### Responsabilité professionnelle et surveillance de la thérapie



### Dépenses courantes

(Salaires, loyer, électricité, équipement  
informatique, frais financiers, etc.)





**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: 2024/01/14 18H44

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 1761-479 02-478-587	<b>AMLODIPINE 2.5mg Comp.</b> <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : RAMQ 4693541012 005345	Jan-24 51.25 / 48.40	12.65	8.48	0.00	4.17	4.17
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 2.30 0.15			2.45	10.20	2.45		
30.0 1761-472 02-481-650	<b>PERINDOPRIL ERBUMINE 8mg Comp.</b> <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : RAMQ 4693541013 005346	Jan-24 57.60 / 42.05	19.24	12.89	0.00	6.35	6.35
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 8.49 0.55			9.04	10.20	9.04		
30.0 1761-470 02-240-067	<b>MYLAN-INDAPAMIDE 1.25mg Comp.</b> <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : RAMQ 4693540105 005347	Jan-24 61.75 / 37.90	12.58	8.43	0.00	4.15	4.15
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 2.24 0.14			2.38	10.20	2.38		

No: 1894422

ORIGINAL

Reçu 2 de 4

Passera: 14/01/2024 à 00:17

\* PASSERA À: \_\_\_\_\_ \*

Voir total dernière page

**REÇU OFFICIEL**

# COMPRENDRE LES NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE VOTRE FACTURE

Prix RGAM: prix du médicament assumé par le Régime général d'assurance médicaments

Montant non assuré: montant non couvert ou refusé par l'assureur



## Honoraires professionnels

composés de:



### Consultation pharmaceutique

(Validation de l'ordonnance, analyse du dossier et service-conseil)



### Préparation et vérification du médicament



### Responsabilité professionnelle et surveillance de la thérapie



### Dépenses courantes

(Salaires, loyer, électricité, équipement informatique, frais financiers, etc.)



**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: 2024/01/14 18H44

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 1792-132 02-294-346	<b>APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo</b> <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : RAMQ 4693541015 005349	Jan-24 95.00 / 4.65	62.37	41.79	0.00	20.58	20.58
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur par le pharmacien 49.00 3.19			Total 52.19	Hon Prof. 10.18	Prix RGAM 52.19		
30.0 1761-478* 02-529-114	<b>SANDOZ SITAGLIP METFO XR</b> <b>1000mg-50mg Comp. L.A.</b> <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : RAMQ 4693545403 005350	Jan-24 99.65 / 0.00	32.09	27.44	0.00	4.65	4.65
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur par le pharmacien 20.55 1.34			Total 21.89	Hon Prof. 10.20	Prix RGAM 21.89		

No: **1894422**  
**ORIGINAL**  
Reçu 3 de 4

Passera: 14/01/2024 à 00:17  
\* PASSERA À: \_\_\_\_\_ \*

Voir total dernière page

**REÇU OFFICIEL**



# COMPRENDRE LES NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE VOTRE FACTURE

Prix RGAM: prix du médicament assumé par le Régime général d'assurance médicaments

Montant non assuré: montant non couvert ou refusé par l'assureur



## Honoraires professionnels

composés de:



### Consultation pharmaceutique

(Validation de l'ordonnance, analyse du dossier et service-conseil)



### Préparation et vérification du médicament



### Responsabilité professionnelle et surveillance de la thérapie



### Dépenses courantes

(Salaires, loyer, électricité, équipement informatique, frais financiers, etc.)



**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: 2024/01/14 18H44

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 1761-477 02-405-636	<b>ROSUVASTATIN 10mg Comp.</b> <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : RAMQ 4693541016 005351	Jan-24 99.65 / 0.00	14.52	14.52	0.00	0.00	0.00
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 4.06 0.26			4.32	10.20	4.32		
5.0 1792-131 02-461-528	<b>BASAGLAR KWIKPEN (80U) 100UI/ml</b> <b>Stylo(3)</b> <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : RAMQ 4693545364 005378	Jan-24 99.65 / 0.00	84.35	71.68	0.00	12.67	12.67
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 69.64 4.53			74.17	10.18	74.17		

No: 1894422  
**ORIGINAL**  
 Reçu 4 de 4



Passera: 14/01/2024 à 00:17  
 \* PASSERA À: \_\_\_\_\_ \*

**Total: 76.34\$**

**REÇU OFFICIEL**

# COMPRENDRE LES NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE VOTRE FACTURE

Prix RGAM: prix du médicament assumé par le Régime général d'assurance médicaments

Montant non assuré: montant non couvert ou refusé par l'assureur



Prix coûtant du médicament  
payé par le pharmacien



Montant payé au distributeur  
par le pharmacien

*Montant réglementé versé au grossiste*

## Honoraires professionnels

*composés de:*



Consultation  
pharmaceutique

*(Validation de l'ordonnance, analyse  
du dossier et service-conseil)*



Préparation  
et vérification  
du médicament



Responsabilité  
professionnelle  
et surveillance  
de la thérapie



Dépenses  
courantes

*(Salaires, loyer, électricité, équipement  
informatique, frais financiers, etc.)*





**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: 2024/01/05 19H37

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
510.0 1847-006 02-450-070	M-PEG 3350 100% Pd Orale D.Antaki Acceptée : RAMQ 4687418287 001211	Jan-24 23.31 / 76.34	24.13	0.82	22.90	0.41	23.31
Prix coûtant payé par le pharmacien		Pour médicament 12.70	Au distributeur 0.82	Total 13.52	Hon Prof. 10.61	Prix RGAM 13.52	

No: 1887788  
**ORIGINAL**  
Reçu 1 de 1



Passera: 05/01/2024 à 00:19  
\* PASSERA À: \_\_\_\_\_ \*

**Total: 23.31\$**

**REÇU OFFICIEL**



# DOSSIER PATIENT

El-Achkar, Jetha, Merrouni

PATIENT: MOUJOUH MOHAMED

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

Centre commercial St-Martin  
965, Boul. Curé-Labelle  
Ann. Chrono-Médecin-Laval QC H7V 2V7  
Sexe: M  
Naissance: 1957/12/26  
Taille: 0,00 m.  
R.A.M.Q: MOUM 5712 2612 /12

Langue: Français  
Age: 64 ans  
Poids: 89,00 Kg

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 unidosse 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. Opht.	FS	INSTILLEZ 1 GOUTTE DANS LES 2 YEUX 4 FOIS PAR JOUR RÉGULIÈREMENT	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.Opht.	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.Opht.	FS	INSTILLEZ 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.Opht.	RS	INSTILLEZ 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 Opht.	RS	INSTILLEZ 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: MOUJOD 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
2022/06/08	1504-249	100,0	AIGUILLE NANO PRO ULTRA-F 4mm Cal.32	NS	SELON LES DIRECTIVES DU MÉDECIN	N.CHABANE (1040047)	
2022/04/17 Orig: 2021/11/15	1522-119	60,0	COSOPT UNIDOSE 2%-0.5%(0.2ml) Amp.Sol.Opht.	RS	INSTILLEZ 1 GOUTTE DANS LES 2 YEUX 2 FOIS PAR JOUR AUX 12 HEURES	L.JAWORSKI (1114677)	



**1761-478** Ad:2024/06/06 02-529-114  
30 SANDOZ SITAGLIP METFO XR (1000mg-50  
**PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR  
JOUR EN MANGEANT  
(EN150)**

Moujoud Mohamed Servi: 2024/01/14  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/01/11



**1761-472** Ad:2024/06/06 02-481-650  
30 PERINDOPRIL ERBUMINE (8mg) Comp.  
**PRENEZ 1 COMPRIME AU  
DEJEUNER REGULIEREMENT  
(AVEC 1 COMPRIME DE  
INDAPAMIDE 1.25MG)**

Moujoud Mohamed Servi: 2024/01/14  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/01/11



**1761-470** Ad:2024/06/06 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 Servi: 2024/01/14  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/01/11



**1761-479** Ad:2024/06/06 02-478-587  
30 AMLODIPINE (2.5mg) Comp.  
**PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR  
JOUR MEME HEURE CHAQUE  
JOUR**

Moujoud Mohamed Servi: 2024/01/14  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/01/11

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



**1761-477** Ad:2024/06/06 02-405-636  
30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.  
**PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR  
JOUR AU COUCHER**

Moujoud Mohamed Servi: 2024/01/14  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/01/11



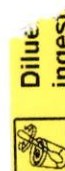
**1792-131** Ad:2025/05/22 02-461-528  
5 BASAGLAR KWIKPEN (80U) (100UI/ml) Stylo  
**INJECTION SOUSCUTANEE DE 36  
UNITÉS 1 FOIS PAR JOUR AU  
COUCHER**

**\*\* DOSE AUGMENTÉE \*\***  
Moujoud Mohamed Servi: 2024/01/14  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2024/02/11



**1792-132** Ad:2025/05/22 02-294-346  
5 APIDRA SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo  
**INJECTION SOUSCUTANEE DE 20  
UNITÉS 1 FOIS PAR JOUR LE  
MATIN**

Moujoud Mohamed Servi: 2024/01/14  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2024/02/11



Ad:2026/01/04 02-450-070  
1847-006  
510 M-PEG 3350 (100%) Pd Orale  
PRENEZ 17 G DE POUDRE  
(DILUÉE DANS 250 ML DE  
LIQUIDE) 1 FOIS PAR JOUR.  
\*GI27\*

Servi: 2024/01/05  
Jeter: 2025/01/02  
Moujoud Mohamed  
442-304 Ph: D Antaki

19/05 al

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



CLINIQUE BELLEVUE

OPHTALMOLOGIE • 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"/> Alphagan 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  | OU 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  | OU 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

*Moujoud*

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 Merri

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

REP

Ad: 2024/11/12

02-258-692

1824-677

60 COSOPT UNIDOSE (2%-0.5%(0.2ml)) Amp.

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

Moujoud Mohamed

Servi: 2024/01/14

111-467 Dr. L.JAWORSKI

Jeter: 2024/02/13



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merri

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

REP

Ad: 2024/11/12

02-413-167

1824-679

5 SANDOZ-TRAVOPROST (0.004%) Gtte Opht

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

Moujoud Mohamed

Servi: 2024/01/14

111-467 Dr. L.JAWORSKI

Jeter: 2024/02/13