

## 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 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 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.

W21-847737

263790

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
**6773**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**Mohamed Majeoud**

Date de naissance :

**26-12-1957**

Adresse :

**301-559 Laval (Qc)**

Tél. : **514 546.8508**

Total des frais engagés : **CAD 53,47 \$ Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

**Mohamed Majeoud** Age: **66**

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 (Qc)**

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date      | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| <b>El-Achkar, Jetha, Merrouni</b><br>Pharmaciens, Affiliés à Pharmaprix<br>Centre commercial St-Martin<br>965, Boul. Curé-Laberte<br>Arr: Chomedey, Laval QC H7V 2V7 | 3/04/2024 | 53,47\$               |

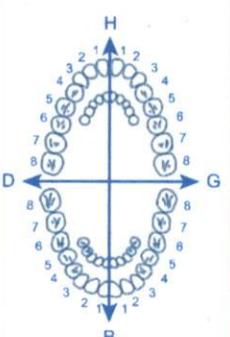
## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

#### VOLET ADHERENT

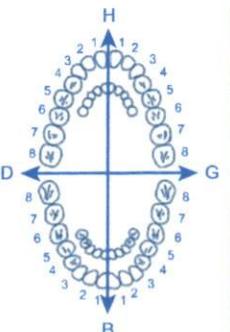
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



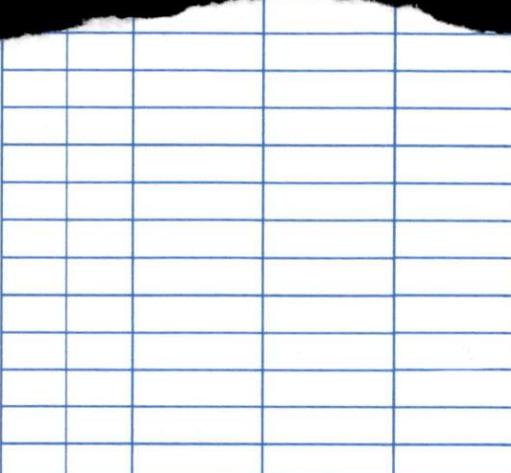
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

1000



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: 2024/04/03 11H00

RAMQ: MOUM 5712 2612



| Quantité<br>No de Rx<br>DIN            | Nom du médicament<br>Prescripteur<br>No de référence                      | Période<br>cumul / res  | Montant<br>Rx | Montant<br>Assureur | Contribution de l'assuré |        |         |
|--|---|-------------------------|---------------|---------------------|--------------------------|--------|---------|
|  |   |                         |               |                     | Franchise                | Coass. | À PAYER |
| 100.0<br>1886-966<br>99-100-849        | CONTOUR NEXT Bandelette<br>C.TARABAY<br>Acceptée : RAMQ 4757163997 009986 | Avr-24<br>43.48 / 56.17 | 85.25         | 41.77               | 22.90                    | 20.58  | 43.48   |
| Prix coûtant payé<br>par le pharmacien | Pour médicament   | Au distributeur         | Total         | Hon Prof.           | Prix RGAM                |        |         |
|  | 89.89   | 4.54                    | 74.43         | 10.82               | 74.43                    |        |         |
| 100.0<br>1886-967<br>97-799-918        | MICROLET LANCETS Lancette<br>C.TARABAY<br>Sans assurance                  |                         | 9.99          |                     |                          |        | 9.99    |

No: 1973580  
ORIGINAL  
Reçu 1 de 1



Passera: 03/04/2024 à 00:11  
\* PASSERA À: \_\_\_\_\_ \*

Total: 53.47\$

REÇU OFF

# DOSSIER PATIENT

El-Achkar, Jetha, Merrouni

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

PATIENT: MOUJOUUD 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

Ant. Chomedey Laval QC H7V 2V7

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<br>Heure de prise<br>Indication  | Médecin                       | Ren à donner /<br>Ren donnés,<br>Durée |
|------------|----------|-------|--|------|--|-------------------------------|--|
| 2021/10/29 | 1522-177 | 30,0  | SYSTANE ULTRA<br>HYDRATION<br>unidose 0.7ml      | FS   | SELON LES DIRECTIVES DU<br>MÉDECIN   | L.JAWORSKI<br>(1114677)       | 100/0 30<br>Ad: 2022/10/21             |
| 2021/10/29 | 1522-176 | 10,0  | HYLO 0.1% Sol.<br>Opht.                          | FS   | INSTILLEZ 1 GOUTTE DANS LES 2<br>YEUX 4 FOIS PAR JOUR<br>REGULIÈREMENT   | L.JAWORSKI<br>(1114677)       | 100/0 30<br>Ad: 2022/10/21             |
| 2021/10/29 | 1522-174 | 10,0  | HYDRASENSE<br>DROPS 0.15%<br>GOUTTE              | FS   | SELON LES DIRECTIVES DU<br>MÉDECIN   | L.JAWORSKI<br>(1114677)       | 100/0 30<br>Ad: 2022/10/21             |
| 2021/10/29 | 1522-173 | 30,0  | REFRESH<br>1.4%(0.4ml)<br>Sol.Opht.              | FS   | SELON LES DIRECTIVES DU<br>MÉDECIN   | L.JAWORSKI<br>(1114677)       | 100/0 30<br>Ad: 2022/10/21             |
| 2021/09/05 | 1504-250 | 100,0 | MICROLET<br>LANCETS<br>Lancette                  | FS   | JETER APRÈS UNE UTILISATION<br>DANS, CONTENANT JAUNE DE<br>RÉCUPÉRATION ***NE PAS JETER<br>DANS LES POUBELLES***               | N.CHABANE-CHAOUC<br>(1040047) | 100/0 30<br>Ad: 2022/05/06             |
| 2021/09/05 | 1504-248 | 30,0  | PANTOPRAZOLE<br>40mg Comp. Entér.                | FS   | PRENDRE 1 COMPRIMÉ 1 FOIS<br>PAR JOUR 30 MINUTES AVANT LE<br>DÉJEUNER<br>(POUR L'ESTOMAC)                                      | P.POULIN<br>(1071992)         | 3/0 30<br>Ad: 2021/06/23               |
| 2021/09/05 | 1504-241 | 100,0 | CONTOUR NEXT<br>Bandelette                       | FS   | POUR MESURER LES GLYCÉMIES<br>SI BESOIN, À JEÛN OU 2H APRÈS<br>LE REPAS OU TEL QUE PRESCRIT<br>***NE PAS UTILISER SI EXPIRÉ*** | N.CHABANE-CHAOUC<br>(1040047) | 100/0 30<br>Ad: 2022/05/06             |
| 2021/09/05 | 1504-232 | 10,0  | MED-DORZOLAMI<br>DE-TIMOLOL<br>2%-0.5% Sol.Opht. | FS   | INSTILLEZ 1 GOUTTE 2 FOIS PAR<br>JOUR AUX 12 HEURES DANS LES 2<br>YEUX   | L.JAWORSKI<br>(1114677)       | 100/0 30<br>Ad: 2022/03/22             |
| 2022/09/04 | 1640-734 | 5,0   | APIDRA CART(3)<br>100UI/ml<br>Cartouche(3)       | NS   | INJECTION SOUSCUTANÉE DE 20<br>UNITÉS 1 FOIS PAR JOUR LE<br>MATIN  | N.CHABANE-CHAOUC<br>(1040047) | 6/0 30<br>Ad: 2022/12/14               |
| 2022/09/04 | 1640-728 | 5,0   | BASAGLAR<br>Kwikpen (80U)<br>100UI/ml Stylo(3)   | NS   | INJECTION SOUSCUTANÉE DE 18<br>UNITÉS 1 FOIS PAR JOUR AU<br>COUCHER  | C.TARABAY<br>(4405544)        | 0/0 30<br>Ad: 2023/09/04               |
| 2022/09/04 | 1616-203 | 10,0  | MED-DORZOLAMI<br>DE-TIMOLOL<br>2%-0.5% Sol.Opht. | RS   | INSTILLEZ 1 GOUTTE DANS LES 2<br>YEUX 2 FOIS PAR JOUR AUX 12<br>HEURES   | L.JAWORSKI<br>(1114677)       | 97/2 30<br>Ad: 2022/10/21              |
| 2022/09/04 | 1539-232 | 30,0  | PERINDOPRIL/IND<br>APAMIDE<br>1.25mg-4mg Comp.   | RS   | PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR<br>JOUR LE MATIN  | N.CHABANE-CHAOUC<br>(1040047) | 5/7 30<br>Ad: 2022/12/15               |
| 2022/09/04 | 1539-231 | 30,0  | ROUVASTATIN<br>10mg Comp.                        | RS   | PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR<br>JOUR AU COUCHER  | N.CHABANE-CHAOUC<br>(1040047) | 7/5 30<br>Ad: 2022/12/15               |
| 2022/09/04 | 1539-230 | 30,0  | JANUMET XR<br>1000mg-50mg<br>Comp. L.A.          | RS   | PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR<br>JOUR EN MANGEANT<br>(EN150)  | N.CHABANE-CHAOUC<br>(1040047) | 7/5 30<br>Ad: 2022/12/15               |
| 2022/09/04 | 1522-120 | 5,0   | SANDOZ-TRAVOP<br>ROST 0.004% Gtte                | RS   | INSTILLEZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR<br>JOUR DANS LES 2 YEUX 1 FOIS<br>UR AU COUCHER  | L.JAWORSKI<br>(1114677)       | 93/6 30<br>Ad: 2022/10/21              |



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



15

Liste des or  
IpordpatAbi

1886-967

Ad: 20260403 12 97-799-918

100 MICROLET LANCETS () Lancette

SELON LES DIRECTIVES DU  
MÉDECIN



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

Ad: 20260403 12 99-100-849

100 CONTOUR NEXT () Bandelette

SELON LES DIRECTIVES DU  
MÉDECIN

Moujoud Mohamed Servi: 2024/04/03

N 440-554 Ph: C.TARABAY Jeter: 2025/04/01



Moujoud Mohamed Servi: 2024/04/03

N 440-554 Ph: C.TARABAY Jeter: 2025/04/01

