

## 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.

Une autorisation 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.

### Logistique 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.

### Éducation :

Une autorisation 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.

### Prothèse :

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.

Le 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

Reclamation : contact@mupras.com  
Demande de prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° W19-544227

55352

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :



[illegible]

cheteur du Pharmacie du du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
26/5/2020	→ 93,08 \$	
23/6/2020	→ 5,82 \$	
23/06/2020	→ 36,14 \$	

[illegible][illegible]

## VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



RECEIVED 01/17/2020 12:41PM 4509020919  
 17-01-2020 18:41 ET Fax Services

MEDECINE FAMILIALE  
 → 14509020919

pg 1 of 2

#22237

## ORDONNANCES À RENOUVELER PAR TÉLÉCOPIE

Nom du médecin: NACÉRA CHABANE-CHAOUGH  
 Adresse: 102-1875 RUE MAURICE-GAUVIN, LAVAL

No de téléphone: (450) 902-0943  
 No de télécopieur: (450) 902-0919

Imprimé le: 2020/01/17



## Transmission confidentielle par télécopieur

Pharmacie: Yvonne Khamia pharmacienne, 334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval  
 No de télécopieur: (450) 625-4599 No de téléphone: (450) 625-2913 Date et heure: 2020/01/17 18H40

MOUJOU MOHAMED  
 17-2400 boulevard de la R  
 Laval, QC  
 H7L-4L1, 514 546-8508

Nat: 1957/12/26  
 RAMQ: MOUM 571 2 2612 /

Ét: Ch: Lit:

Allergies/intolérances: Pas d'allergie déclarée  
 Pathologies:

Nom du médicament Posologie Indications Heures de prise	Qté original prescrite	Nombre original de renouvellements	Renouvellements Validité de l'ordonnance Date du dernier service Dernière quantité émise	Arrêt Prescripteur	Qté	Nb ren
AIGUILLE ULTRA-FINE III 5mm Cal.31 BD AIGUILLES 5MM 31G	100.0	12	Renouvellements restants: 2 Valable jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2020/01/17 Dernière quantité: 100.0	<input type="checkbox"/>		
PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	30.0	12	Renouvellements restants: 1 Valable jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/>		
JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU MILIEU DU REPAS	30.0	12	Renouvellements restants: 3 Valable jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/>		
LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 18 UNITES SOUSCUTANEE AU COUCHER	5.0	12	Renouvellements restants: 8 Valable jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 5.0	<input type="checkbox"/>		
ROSUVASTATIN 10mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	30.0	12	Renouvellements restants: 5 Valable jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/>		
APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	5.0	12	Renouvellements restants: 1 Valable jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 5.0	<input type="checkbox"/>		

## Certification du prescripteur

Je certifie que  
 - cette ordonnance est une ordonnance originale,  
 - le pharmacien identifié précité est le seul destinataire,  
 - l'original ne sera pas réutilisé.

Bonjour, acceptez-vous de renouveler ?

Commentaire(s):

Signature du médecin: N. Chabane-Chaough

Initiales du pharmacien: \_\_\_\_\_

No. de licence: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Cette télécopie est confidentielle et est destinée à être reçue par le destinataire uniquement. Si le lecteur n'est pas le destinataire de  
 celle-ci, vous êtes informé que toute diffusion, distribution ou copie de ce document est strictement interdite.

0298-414 Ad:2021/01/16 <sup>REP</sup> 2

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR AU COUCHER**

MOUJOURD MOHAMED Servi: 2020/05/26  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/05/24



0298-416 Ad:2021/01/16 <sup>REP</sup> 2

5 APIDRA SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

**20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS  
PAR JOUR LE MATIN**

MOUJOURD MOHAMED Servi: 2020/05/26  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/06/23



0298-411 Ad:2021/01/16 <sup>REP</sup> 2

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR LE MATIN**

MOUJOURD MOHAMED Servi: 2020/05/26  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/05/24



0298-413 Ad:2021/01/16 <sup>REP</sup> 2

5 LANTUS SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

**18 UNITES SOUSCUTANEE AU  
COUCHER**

MOUJOURD MOHAMED Servi: 2020/05/26  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/06/23



0298-412 Ad:2021/01/16 <sup>REP</sup> 2

30 JANUMET XR (1000mg-50mg) Comp. L.A

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR AU MILIEU DU REPAS**

MOUJOURD MOHAMED Servi: 2020/05/26  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/05/24



**ORDONNANCE DE DÉPART**

Date : 19.01.2019.

Nom : Moujaed Mohamed

- Rx**
- |   |         |               |
|---|---------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Alphaghan P                    | 1 gtte  | BID           |
| <input type="checkbox"/> Azarga                         | 1 gtte  | BID           |
| <input type="checkbox"/> Azopt                          | 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"/> 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"/> 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"/> Xalacom *OP39                  | 1 gtte  | QHS           |
| <input type="checkbox"/> Xalatan                        | 1 gtte  | QHS           |
| <input type="checkbox"/> Autres: <u>L. Charbonneau</u>  |         |               |

Renouvelable 12 fois

J. Charbonneau 87002

Signature du médecin

**YVONNE KHAMLA  
PHARMACIENNE**

APPLIÉE À PHARMAPRIX

- |   |           |
|---|-----------|
| <input type="radio"/> Alotaibi, Noor            | 15048     |
| <input type="radio"/> Bélair, Marie-Lyne        | 06-175    |
| <input type="radio"/> Biernacki, Katarzyna      | 13-160    |
| <input type="radio"/> Callejo, Sonia            | 11-0506-3 |
| <input type="radio"/> Hammamji, Karim           | 13-534    |
| <input type="radio"/> Harasymowycz, Paul        | 01-359-8  |
| <input type="radio"/> Hasan, Jesia              | 15542     |
| <input type="radio"/> Heckler, Lisa             | 15035     |
| <input type="radio"/> Jaworski, Laurence        | 11-1467-7 |
| <input type="radio"/> Lepage-Létourneau, Pierre | 13-372    |

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="radio"/> Montplaisir, Sylvie                  | 81-2034  |
| <input type="radio"/> Mwilambwe, Annick                    | 11-046-3 |
| <input type="radio"/> Paquin, Michel                       | 66-046-3 |
| <input type="radio"/> Rezende, Flavio                      | 09321    |
| <input type="radio"/> Singh Harmanjit                      | 14784    |
| <input type="radio"/> Swieca, Richard                      | 85-501   |
| <input type="radio"/> Wein, Francine                       | 98-342   |
| <input type="radio"/> Youhnovska, Pavlina                  | 12-747   |
| <input type="radio"/> Institute du glaucôme<br>de Montréal |          |

81-2034, boul. Curé-Labelle  
Arr. Ste-Rose  
Laval QC H7L 4T7  
450-625-2913

*Copie*



Québec

MOUJOURD  
MOHAMED  
MOHAMED RABHA  
301-559 ST-LOUIS  
LAVAL  
QUE H7V 0C5  
MOUMS7122612 2112

859670  
M  
1957-12-26

514 546-8508

ORDONNANCES  
EXTERNES

R

PHARMACIE

Pantoloc 40 mg po  
die x 1 fois

Dr P. Poulin  
07199

14. 06. 2020

Signature du médecin

M.D. Lic. #

Date :

Renouvellement : 

0	1	2	3	4	5	6		12
---	---	---	---	---	---	---	--	----

No inv. 62-640-458 (18-04) S.I.



YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE  
334 CURÉ-LABELLE  
STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7



450-625-2913

0314-644

Ad: 2022/06/14 4

30 JAMP-PANTOPRAZOLE (40mg) Comp. Ent

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR LE MATIN

MOUJOURD MOHAMED Servi: 2020/06/23  
107-199 Dr: P. POULIN Jeter: 2021/06/21





Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOURD MOHAMED

Date: 2020/06/23 17H04

334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 301-559 ST-LOUIS

(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC

H7V-0C5, 514 546-8508

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité du de RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	A PAYER	
5.0 0292-020 02-413-167	SANDOZ-TRAVOPROST 0.004% Gtte Opht. L.CHARBONNEAU Acceptée : RAMQ -616075661 008443	Jun-20 24.86 / 68.20	30.22	5.34	21.75	3.13	24.88
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 19.70 1.28			20.98	9.24	20.98		
10.0 0292-018 02-437-686	MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Opht. L.CHARBONNEAU Acceptée : RAMQ -616075659 008444	Jun-20 36.14 / 56.94	30.42	19.16	0.00	11.26	11.26
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 19.89 1.29			21.18	9.24	21.18		

No: 0440135

ORIGINAL

Reçu 1 de 2

Passera: 23/06/2020 à 00:16

Merci de nous faire confiance

Voir total dernière page

36,14 \$

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.)*



**YVONNE KHAMLA**

PQ 1865

334 CURE-LABELLE, LAVAL, QC, H7L 4T7

450-625-2913

Jui. 23, 2020 5:17 PM

1865 1001 158252 500001 3

ORDONNANCE 41,96 N X 41,96

SOUS-TOTAL: 41,96

TOTAL: \$41,96

1 Article

CARTE DE DÉBIT 41,96

TPS #:80302 1757RT0001 TVQ #:1201351622T0000

1



9990218651001001582529

\*\*\*\*\*

**Partagez votre opinion sur notre magasin!**

Rendez-vous sur [www.pharmaprixsondage.com](http://www.pharmaprixsondage.com)

ou composez le 1-800-701-9163. Courez la

chance de gagner l'un des 2 prix mensuels de

1 million de points PC Optimum ou de 1 000 \$

en cartes-cadeaux. Consultez le

[www.pharmaprixsondage.com](http://www.pharmaprixsondage.com) pour

tous les règlements du concours.

**Numéro de certificat:11682702-6775615**

\*\*\*\*\*

Conservez reçu pour retour dans les 30

jours. Visitez [pharmaprix.ca](http://pharmaprix.ca) des exclusions.

**TYPE : ACHAT**

COMPTE: FLASH DEFAULT \$ 41.96

Type de carte: Interac

NUMERO CARTE: \*\*\*\*\*4293

DATE/HEURE: 20/06/23 17:17:55

NUMERO REF: 66341392 0015510550 H

AUTOR #: 006201

INTERAC

A0000002771010 8080008000

00/001 APPROUVEE - MERCI

-- IMPORTANT --

Conserver cette copie pour vos dossiers

\*\*\* COPIE DU CLIENT \*\*\*

## OBTENEZ DES RÉCOMPENSES À VOTRE IMAGE.

Inscrivez-vous au programme *PC Optimum* et obtenez des récompenses conçues pour vous, des invitations à des événements exclusifs ainsi que des offres spéciales sur les produits que vous achetez le plus souvent. Inscrivez-vous à [pcoptimum.ca](http://pcoptimum.ca).

Obtenez un remboursement ou un échange dans les 30 jours suivant la date d'achat initiale. Les remboursements sont effectués selon le mode de paiement initial. Renseignez-vous en magasin ou en ligne à [pharmaprix.ca](http://pharmaprix.ca) pour connaître la politique de remboursement complète et les exclusions.

**PHARMAPRIX**



[pharmaprix.ca](http://pharmaprix.ca)

### Il est facile d'échanger vos points *PC Optimum*!

Chaque tranche de 10 000 points équivaut à 10 \$ de RÉCOMPENSES GRATUITES.

POINTS	VALEUR D'ÉCHANGE
10 000	10 \$
20 000	20 \$
30 000	30 \$

Et vous pouvez échanger jusqu'à...

500 000	500 \$
---------	--------

Accumulez des points encore plus rapidement avec la carte de crédit Mastercard<sup>MD</sup>

Services financiers le Choix du Président<sup>MD</sup>.

Pour en savoir plus, visitez le site [pcfinance.ca](http://pcfinance.ca).



**optimum**

[pcoptimum.ca](http://pcoptimum.ca)

## OBTENEZ DES RÉCOMPENSES À VOTRE IMAGE.

Inscrivez-vous au programme *PC Optimum* et obtenez des récompenses conçues pour vous, des invitations à des événements exclusifs ainsi que des offres spéciales sur les produits que vous achetez le plus souvent. Inscrivez-vous à [pcoptimum.ca](http://pcoptimum.ca).

Obtenez un remboursement ou un échange dans les 30 jours suivant la date d'achat initiale. Les remboursements sont effectués selon le mode de paiement initial. Renseignez-vous en magasin ou en ligne à [pharmaprix.ca](http://pharmaprix.ca) pour connaître la politique de remboursement complète et les exclusions.



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOURD MOHAMED

Date: 2020/06/23 17H04

324 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 301-559 ST-LOUIS

(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC

H7V-0C5, 514 546-8508

RAMO: MOUM 5712 2612



Quantité du de RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant ASSUREUR	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	À PAYER	
30.0 0314-644 02-357-054	JAMP-PANTOPRAZOLE 40mg Comp. Entér. P. POULIN Acceptée : RAMO -616079800 008448	Jun-20 41.96 / 51.12	15.74	9.92	0.00	5.82	5.82
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof	Prix RGAM		
	5.66	0.39	6.05	9.69	6.44		

5,82 \$  
36,14 \$  

---

41,96 \$

No: 0440135

ORIGINAL

Reçu 2 de 2



Passera: 23/06/2020 à 00:16

Merci de nous faire confiance

Total: 41.96\$





# 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.)*



# 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.)*

Pour plus d'informations sur le travail du pharmacien:

**MONPHARMACIEN.CA**





Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOURD MOHAMED

Date: 2020/05/26 15:00

334 Boul. Curé-Labelle, Saint-Rose, Laval 301-559 ST-LOUIS

(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC

H7V-0C5, 514 546-8508

RAMQ: MOUN

RÉFRIGÉRATEUR

Quantité	Nom du médicament	Période	Montant	Montant	Contribution		
Prescrit	Fournisseur	cumul / res	RA	Assureur	Franchise	Coassurance	Partager
5.0	LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Style	Mai-20 80.95 / 12.13	103.09	64.95	0.00	38.14	38.14
0298-4131	N.CHABANE-CHAOUCH						
02-294-328	Acceptée : RAMQ -636638932 005231						
Prix coûtant payé	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien	93.85	Montant inconnu	93.85	9.24	93.85		
30.0	ROSUVASTATIN 10mg Comp.	Mai-20 85.97 / 17.11	13.57	8.55	0.00	5.02	5.02
0298-414	N.CHABANE-CHAOUCH						
02-405-636	Acceptée : RAMQ -636638920 005232						
Prix coûtant payé	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien	4.07	0.26	4.33	9.24	4.33		
5.0	APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Style	Mai-20 93.08 / 0.00	61.43	54.32	0.00	7.11	7.11
0298-416	N.CHABANE-CHAOUCH						
02-294-346	Acceptée : RAMQ -636638906 006240						
Prix coûtant payé	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien	49.00	3.19	52.19	9.24	52.19		

No: 0436303

ORIGINAL

Recu 2020



Passera: 26/05/2020 à 00:10

Merci de nous faire confiance

Total: 93.08\$

REQUIS



# 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.)*



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOURD MOHAMED

Date: 2020/05/26 10H42

334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 301-559 ST-LOUIS

(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC

H7V-0C5, 514 546-8508

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité du médicament DIN	Nom du médicament Prescription No de référence	Période Cumulées	Montant RA	Montant Assurance	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	À PAYER:	
30.0	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE	Mai-20 23.17/69.91	25.58	2.41	21.75	1.42	23.17
0298-411	1.25mg-4mg Comp.						
02-464-020	N.CHABANE-CHAOUCH						
Acceptée : RAMQ -636640557 005229							
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof	Prix RGAM		
	15.34	1.00	16.34	9.24	16.34		
30.0	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A.	Mai-20 42.81/50.27	53.07	33.43	0.00	19.64	19.64
0298-117	N.CHABANE-CHAOUCH						
02-416-794	Acceptée : RAMQ -636644734 005230						
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	41.10	2.67	43.77	9.30	43.77		

No: 0436303

Passera: 26/05/2020 à 00:10

Voir total dernière page

Merci de nous faire confiance

ORIGINAL

Reçu 1 sur 2

RECEVOIR