

## 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



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-789460

164782

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 6773 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MOYJOD MOHAMED

Date de naissance : 26-12-1957

Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis  
LAVAL (RL) H7V 0C5

Tél. : 514 546 8508 Total des frais engagés : CAD 163,08 \$ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MOHAMED MOYJOD Age: 65

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

Nature de la maladie : Diabète Insulino-dépendant 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 : LAVAL (RL)

Signature de l'adhérent(e) :



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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pourfournisseur	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	03/04/2023	158,34\$ 163,08\$

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

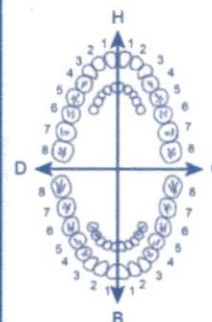
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

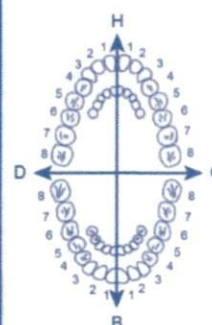
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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



# 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	INSTILLENZ 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 REP

**1760-013** Ad:2025/06/02 1 02-416-794  
60 JANUMET XR (1000mg-50mg) Comp. L.A.  
**PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR  
JOUR EN MANGEANT  
(EN150)**

Moujoud Mohamed Servi: 2023/06/03  
N 442-304 Ph: D.Antaki Jeter: 2024/05/31

**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 REP

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

Moujoud Mohamed Servi: 2023/06/03  
N 104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2024/05/31

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

**1652-558** Ad:2023/09/29 1 02-240-067  
60 MYLAN-INDAPAMIDE (1.25mg) Comp.  
**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR  
AU DEJEUNER (AVEC 1 COMPRIME DE  
PERINDOPRIL ERBUMINE 8MG)**

Moujoud Mohamed Servi: 2023/06/03  
N 104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2024/05/31

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

**1760-083** Ad:2025/06/02 1 02-450-070  
1020 M-PEG 3350 (100%) Pd Orale  
**PRENEZ 17 G DE POUDRE (DILUÉE DANS  
250 ML DE LIQUIDE) 1 FOIS PAR JOUR.  
\*GI27\***

Moujoud Mohamed Servi: 2023/06/03  
N 442-304 Ph: D.Antaki Jeter: 2024/05/31

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

**1760-007** Ad:2025/06/02 1 02-330-474  
60 SANDOZ AMLODIPINE (2.5mg) Comp.  
**PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR  
JOUR MEME HEURE CHAQUE  
JOUR**

Moujoud Mohamed Servi: 2023/06/03  
N 442-304 Ph: D.Antaki Jeter: 2024/05/31

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

**1760-012** Ad:2025/06/02 1 02-354-616  
60 TEVA-ROSUVASTATIN (10mg) Comp.  
**PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR  
JOUR AU COUCHER**

Moujoud Mohamed Servi: 2023/06/03  
N 442-304 Ph: D.Antaki Jeter: 2024/05/31

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

**1760-083** Ad:2025/06/02 1 02-450-070  
1020 M-PEG 3350 (100%) PD ORALE  
**PRENEZ 17 G DE POUDRE (DILUÉE DANS  
250 ML DE LIQUIDE) 1 FOIS PAR JOUR.  
\*GI27\***

Moujoud Mohamed Servi: 2023/06/03  
N 442-304 Ph: D.Antaki Jeter: 2024/05/31

09/05

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



# 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

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  
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 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.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) 100U/ml Cartouche(3)	NS	INJECTION SOUSCUTANEE 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) 100U/ml Stylo(3)	NS	INJECTION SOUSCUTANEE 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

Liste des ordonnances pour la période du 2021/09/05 au 2022/09/15  
lpordpatAbrege.rpt (2011/05/18)

Imprimé le: 2022/09/15 19:14:57  
Page 1 de 2

**CLINIQUE BELLEVUE**

OPHTHALMOLOGIE • LASIK • ESTHÉTIQUE

1685, rue Fleetwood, suite 30  
Laval (Québec) H7N 4E  
Tél. : 514-256-0000  
Fax : 514-256-4966  
www.cliniquebellevue.caPharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni  
965-T Boul Curé-Labelle, Laval  
H7V 2V7 -- 450-681-1683**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  | 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  | 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

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  |   |           |

1654-026

Ad: 2023/10/06

02-413-167

10 SANDOZ-TRAVOPROST (0.004%) Gtte Oph

**INSTILLEZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR  
JOUR DANS LES 2 YEUX 1 FOIS  
PAR JOUR AU COUCHER**Moujoud Mohamed  
N 111-467 Dr. L.JAWORSKIServi: 2023/06/03  
Jeter: 2023/07/01Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni  
965-T Boul Curé-Labelle, Laval  
H7V 2V7 -- 450-681-1683

1742-361

Ad: 2024/04/19

02-437-686

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

**INSTILLEZ 1 GOUTTE DANS LES 2  
YEUX 2 FOIS PAR JOUR AUX 12  
HEURES**Moujoud Mohamed  
N 111-467 Dr. L.JAWORSKIServi: 2023/06/03  
Jeter: 2023/07/03Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni  
965-T Boul Curé-Labelle, Laval  
H7V 2V7 -- 450-681-1683

1742-361

Ad: 2024/04/19

02-437-686

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

**INSTILLEZ 1 GOUTTE DANS LES 2  
YEUX 2 FOIS PAR JOUR AUX 12  
HEURES**Moujoud Mohamed  
N 111-467 Dr. L.JAWORSKIServi: 2023/06/03  
Jeter: 2023/07/03





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: 2023/06/03 20H34

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
60.0 1760-012 02-354-616	<b>TEVA-ROSUVASTATIN 10mg Comp.</b> D.Antaki Acceptée : RAMQ 4514727932 00523	Jun-23	14.38	9.35	0.00	5.03	5.03
		66.25 / 30.49					
		Jul-23	13.47	8.76	0.00	4.71	4.71
		64.12 / 32.62					
		Total	27.85	18.11			
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 8.12			0.53	8.65	19.20	8.65	
1020.0 1760-083 02-450-070	<b>M-PEG 3350 100% Pd Orale</b> D.Antaki Acceptée : RAMQ 4514777902 00535	Jun-23	18.48	12.01	0.00	6.47	6.47
		72.72 / 24.02					
		Jul-23	18.49	12.02	0.00	6.47	6.47
		70.59 / 26.15					
		Total	36.97	24.03			
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 25.40			1.63	27.03	9.94	27.03	

No: 1704440

ORIGINAL

Reçu 4 de 4



Passera: 03/06/2023 à 00:14

\* PASSERA À: \_\_\_\_\_ \*

Total: 163.08\$

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: 2023/06/03 20H34

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	
60.0 1760-007 02-330-474	<b>SANDOZ AMLODIPINE 2.5mg Comp.</b> D.Antaki Refusée : RAMQ 4514721560 005226		19.77	0.00	0.00	0.00	19.77
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 4.60 0.30			4.90	14.87	4.90		
60.0 1760-013 02-416-794	<b>JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A.</b> D.Antaki Acceptée : RAMQ 4514730026 005226	Jun-23 61.22 / 35.52 Jul-23 59.41 / 37.33 Total	50.35 47.11 97.46	32.73 30.62 63.35	0.00 0.00	17.62 16.49	17.62 16.49
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 82.21 5.34			87.55	9.91	87.54		

No: 1704440

ORIGINAL

Reçu 3 de 4

Passera: 03/06/2023 à 00:14

\* PASSERA A: \_\_\_\_\_ \*

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: 2023/06/03 20H34

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
60.0	<b>MYLAN-INDAPAMIDE 1.25mg Comp.</b>	Jun-23	12.37	8.04	0.00	4.33	4.33
1652-558	<b>N.CHABANE-CHAOUCH</b>	36.86 / 59.88					
02-240-067	Acceptée : RAMQ 4514721553 00522	Jul-23	11.59	7.53	0.00	4.06	4.06
		36.61 / 60.13					
		Total	23.96	15.57			
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 4.47 0.29			4.76	19.20	4.76		
60.0	<b>PERINDOPRIL ERBUMINE 8mg Comp.</b>	Jun-23	19.26	12.52	0.00	6.74	6.74
1652-557	<b>N.CHABANE-CHAOUCH</b>	43.60 / 53.14					
02-481-650	Acceptée : RAMQ 4514721556 00522	Jul-23	18.02	11.71	0.00	6.31	6.31
		42.92 / 53.82					
		Total	37.28	24.23			
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 16.98 1.10			18.08	19.20	18.08		

No: 1704440

ORIGINAL

Reçu 2 de 4

Passera: 03/06/2023 à 00:14

\* 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: 2023/06/03 20H34

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantite 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	
20.0 1742-361 02-437-686	MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Ophth. L.JAWORSKI Acceptée : RAMQ 4514721547 005222	Jun-23 23.53 / 73.21 Jul-23 23.54 / 73.20 Total	25.92 25.93 51.85	2.39 2.39 4.78	22.25 22.25	1.28 1.29	23.53 23.54
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total					Hon Prof.	Prix RGAM	
par le pharmacien 39.77 2.59 42.36					9.49	42.36	
10.0 1654-026 02-413-167	SANDOZ-TRAVOPROST 0.004% Gtte Ophth. L.JAWORSKI Acceptée : RAMQ 4514721549 005223	Jun-23 32.53 / 64.21 Jul-23 32.55 / 64.19 Total	25.72 25.73 51.45	16.72 16.72 33.44	0.00 0.00	9.00 9.01	9.00 9.01
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total					Hon Prof.	Prix RGAM	
par le pharmacien 39.40 2.56 41.96					9.49	41.96	

No: 1704440

**ORIGINAL**

Reçu 1 de 4

Passera: 03/06/2023 à 00:14

\* 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.)*