

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-789460

164788

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

6773

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Moujoud Mohamed

26-12-1957

Date de naissance :

Adresse :

LAVAL (QC) H7V 0C5

Tél. :

514 546.8508

Total des frais engagés : CAD 163,08 \$ DH

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 : LAVAL (QC)

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pourvisseur	Date	Montant de la Facture
El-Achkar Jetna Merrouni	03/06/2023	158,34 \$
pharmaciens, affiliés à Pharmaprix		163,08 \$
Centre commercial St-Martin		
965, Boul. Curé-Labellé		
Arr. Chomedey, Laval QC H7V-2V7		

ANALYSES - RADIographies

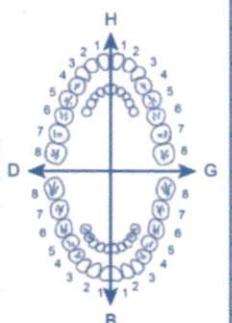
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

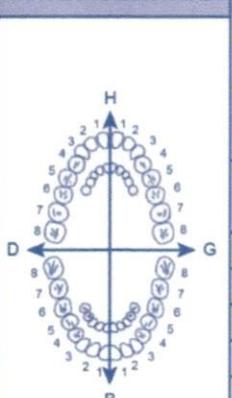
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433562
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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 L'EXECUTION

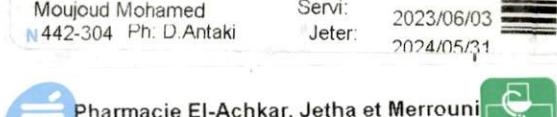
PATIENT: MOUJOUUD MOHAMED

Date	No Rx	Qte	Médicament	Att.	Posologie Heure de prise Indication	Médecin	Ren à donner / Ren donnés, Durée
2022/09/04	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	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	1522-119	60,0	COSOPT UNIDOSE 2%-0.5%(0.2ml) Amp.Sol.Oph.	RS	INSTILLEZ 1 GOUTTE DANS LES 2 YEUX 2 FOIS PAR JOUR AUX 12 HEURES	L.JAWORSKI (1114677)	94/4 30 Ad: 2022/10/21



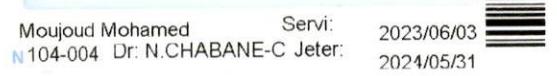
1760-013 Ad:2025/06/02 1 02-416-794
60 JANUMET XR (1000mg-50mg) Comp. L.A.
**PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR
JOUR EN MANGEANT
(EN150)**

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



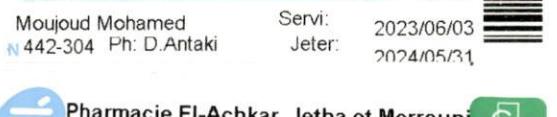
1652-558 Ad:2023/09/29 1 02-240-067
60 MYLAN-INDAPAMIDE (1.25mg) Comp.
**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR
AU DEJEUNER (AVEC 1 COMPRIME DE
PERINDOPRIL ERBUMINE 8MG)**

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)**



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**

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***



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

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***



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-Labette, 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

Arr. Chomedey Laval QY H7V 2V7

Centre commercial St-Martin

965, Boul. Curé-Labette

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	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	10,0	HYLO 0.1% Sol. Opht.	FS	INSTILLEZ 1 GOUTTE DANS LES 2 YEUX 4 FOIS PAR JOUR REGULIÈREMENT	L.JAWORSKI (1114677)	100/0 30 Ad: 2022/10/21
2021/10/29	1522-174	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	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	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	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	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	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 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) 100UI/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	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	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	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	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	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

Imprimé le: 2022/09/15 19:14:57

IpordpatAbrege.rpt (2011/05/18)

Page 1 de 2



Ad:2023/10/06 02-413-167

ORDONNANCE DE DÉPART

 Date : 6/10/2023

 Nom : Mohamed Moujoud
Rx

- Alphaghan P
- Azarga
- Azapt
- Cosopt
- Cosopt (sans préservatif OP91)
- Combigan
- Diamox
- Duo Trav (5 ml) *OP39
- Izba
- Lumigan RC (5 ml)
- Neptazane
- Pilocarpine ____ %
- Simbrinza
- Timoptic 0,5%
- Timoptic-XE 0,5%
- Travatan (5 ml)
- Travatan Z
- Trusopt
- Vistitan
- Xalacom *OP39
- Xalatan
- Autres: _____

1 gtte _____ BID
 1 gtte _____ BID
 1 gtte _____ BID
 1 gtte OU BID
 1 gtte _____ BID
 1 gtte _____ BID
 mg p.o. ____ ID (#____)
 1 gtte _____ DIE
 3 gtte
 1 gtte _____ QHS
 mg p.o. ____ ID (#____)
 1 gtte _____, ____ ID
 3 gtte
 1 gtte _____ BID
 1 gtte _____ DIE
 1 gtte _____ QHS
 1 gtte OU QHS
 1 gtte _____ BID
 3 gtte
 1 gtte _____ QHS
 1 gtte _____ QHS
Renouvelable 12 fois

1654-026

 10 SANDOZ-TRAVOPROST (0.004%) Gtde Oph
INSTILLEZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR JOUR DANS LES 2 YEUX 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER

 Moujoud Mohamed Servi: 2023/06/03
 N 111-467 Dr: L.JAWORSKI Jeter: 2023/07/01

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


Ad:2024/04/19 02-437-686

1742-361

 20 MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL (2%-0.5%)
INSTILLEZ 1 GOUTTE DANS LES 2 YEUX 2 FOIS PAR JOUR AUX 12 HEURES

 Moujoud Mohamed Servi: 2023/06/03
 N 111-467 Dr: L.JAWORSKI Jeter: 2023/07/03

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


Ad:2024/04/19 02-437-686

1742-361

 20 MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL (2%-0.5%)
INSTILLEZ 1 GOUTTE DANS LES 2 YEUX 2 FOIS PAR JOUR AUX 12 HEURES

 Moujoud Mohamed Servi: 2023/06/03
 N 111-467 Dr: L.JAWORSKI Jeter: 2023/07/03

Yassine
R. Ian

Signature du médecin

<input type="radio"/> Aumont, Sarah	3211026	<input type="radio"/> Hasan, Jesia	15542
<input type="radio"/> Béclair, 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-Labellle, 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	TEVA-ROSVASTATIN 10mg Comp. D.Antaki Acceptée : RAMQ 4514727932 00523	Jun-23 66.25 / 30.49 Jul-23 64.12 / 32.62 Total:	14.38 13.47 27.85	9.35 8.76 18.11	0.00	5.03	5.03
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	8.12	0.53	8.65	19.20	8.65		
1020.0 1760-083 02-450-070	M-PEG 3350 100% Pd Orale D.Antaki Acceptée : RAMQ 4514777902 00535	Jun-23 72.72 / 24.02 Jul-23 870.59 / 26.15 Total:	18.48 18.49 36.97	12.01 12.02 24.03	0.00	6.47	6.47
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	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.)

Pour plus d'informations sur le travail du pharmacien:
MONPHARMACIEN.CA



**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	SANDOZ AMLODIPINE 2.5mg Comp. D.Antaki Refusée : RAMQ 4514721560 005226		19.77	0.00	0.00	0.00	19.77
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 4.60	Au distributeur 0.30	Total 4.90	Hon Prof. 14.87	Prix RGAM 4.90		
60.0 1760-013 02-416-794	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. 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 par le pharmacien	Pour médicament 82.21	Au distributeur 5.34	Total 87.55	Hon Prof. 9.91	Prix RGAM 87.54		

No: 1704440
ORIGINAL
Reçu 3 de 4

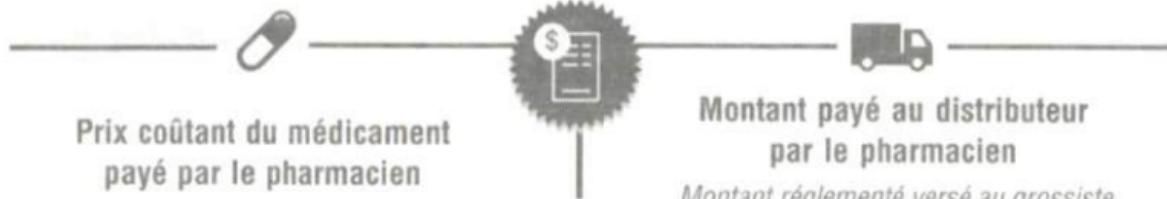
Passera: 03/06/2023 à 00:14
* PASSERA À: _____ *

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



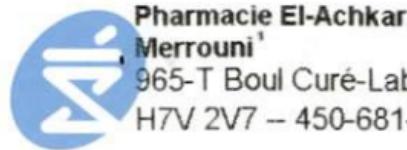
Responsabilité professionnelle et surveillance de la thérapie



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



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



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
20.0 1742-361 02-437-686	MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Oph. 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 par le pharmacien		Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM	
10.0 1654-026 02-413-167	SANDOZ-TRAVOPROST 0.004% Gtte Oph. 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 par le pharmacien		Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM	
		39.77	2.59	42.36	9.49	42.36	

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



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.)

