

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

- Reclamation : 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.

189 798

Maladie

Dentaire

Optique

/

Matricule : 6773 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Mouayid Mohamed

Date de naissance : 26-12-1957

Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis

LAYAL (QU) H7V 0C5

Tél. 514 546 8508 Total des frais engagés : CAD 42,09 \$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Mohamed Toufoud Age : 65

Nom et prénom du malade : Mohamed Toufoud

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète Insulino-dépendant Hypertension

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 29 DEC. 2023

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à la médecine conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
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
El Achkar, Jetha, Merrouni Pharmaciens, Affiliés à Pharmaprix Centre commercial St-Martin 965, Boul. Curé-Labette Arr. Chomedey, Laval QC H7V 2V7	06/12/2023	42,09 \$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX		Nombre				Montant détaillé des Honoraires
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	A M	P C	I M	IV	

VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES		Traitées		MONTANTS DES SOINS	

DOSSIER PATIENT

El-Achkar, Jetha, Merrouni

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

PATIENT: MOUJOUD 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

Att. Chambre de commerce et d'industrie de Laval QC H7V 2V7

Sexe: M Langue: Français
Naissance: 1957/12/26 Âge: 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 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 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 KWKOPEN (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	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	ROUVASTATIN 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

IpordpatAbrege.rpt (2011/05/18)

Imprimé le: 2022/09/15 19:14:57

Page 1 de 2

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 I.MERROUNI 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

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



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: 2023/12/06
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2024/12/03



1504-249 Ad:2020/10/24 8 99-002-108

100 AIGUILLE ULTRA-FINE III (5mm) Cal.31

**SELON LES DIRECTIVES DU
MÉDECIN**

Moujoud Mohamed Servi: 2023/12/06
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2024/12/03



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: 2023/12/06
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2024/12/03



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: 2023/12/06
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2024/12/03





**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: 2023/12/06 14H28

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	AMLODIPINE 2.5mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4663014742 0043	✓ Déc-23 12.05 / 87.60	12.05	0.00	12.05		0.00	12.05
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
	2.30	0.15	2.45	9.60	2.45			
30.0 1761-472 02-481-650	PERINDOPRIL ERBUMINE 8mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4662994502 0043	✓ Déc-23 18.64 / 74.18	18.64	5.22	10.85	2.57		13.42
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
	8.49	0.55	9.04	9.60	9.04			
30.0 1761-470 02-240-067	MYLAN-INDAPAMIDE 1.25mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4662994512 0043	✓ Déc-23 11.98 / 70.23	11.98	8.03	0.00	3.95		3.95
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
	2.24	0.14	2.38	9.60	2.38			

No: 1861698
ORIGINAL
Reçu 1 de 2

Passera: 06/12/2023 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.)

English version available upon request

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: 2023/12/06 14H28

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
100.0 1504-249 99-002-108	AIGUILLE ULTRA-FINE III 5mm Cal.31 N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4663014759 004321	Déc-23 42.09 / 57.56	38.40	25.73	0.00	12.67	12.67
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 35.27	Au distributeur Montant inconnu	Total 35.27	Hon Prof. 3.13	Prix RGAM 35.27		

No: 1861698
ORIGINAL
Reçu 2 de 2



Passera: 06/12/2023 à 00:14
* PASSERA À: _____ *

Total: 42.09\$

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.)

English version available upon request

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

