

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

W21-832891

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohamed Moujoud

Date de naissance : 26-12-1957

Adresse : 301-559 Rue St-Louis

LAVALL (OL) H7V OC5

Tél : 514 546 8508 Total des frais engagés : CAD 56,99\$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TALBI Noudia Age: 52

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

Nature de la maladie : Diabète - Hypertension

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 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : ACCIHEL

PR4FF05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Date Montant de la Facture

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

22/01/2024

56,99 \$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

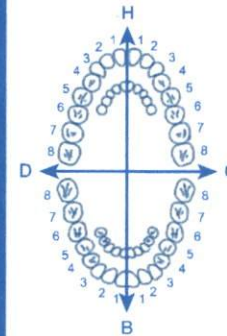
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

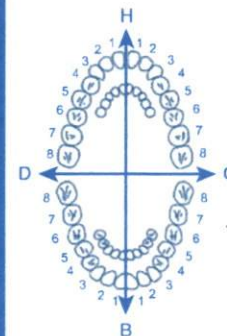


O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction] Montant des Honoraires
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

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.)*





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

Talbi Nadia
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 514 971-9092

Date: 2024/01/22 16H56

RAMQ: TALN 7153 1410 /



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 1822-481 02-503-956	SANDOZ SITAGLIPTIN METFOR 500mg-50mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4700151391 009912	Jan-24 33.15 / 66.50	53.95	20.80	22.90	10.25	33.15
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total par le pharmacien 41.10 2.67 43.77					Hon Prof. 10.18	Prix RGAM 43.77	-
30.0 1822-466 02-481-642	PERINDOPRIL ERBUMINE 4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4700159001 009913	Jan-24 38.67 / 60.98	16.72	11.20	0.00	5.52	5.52
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total par le pharmacien 6.13 0.40 6.53					Hon Prof. 10.19	Prix RGAM 6.53	

No: 1902029

ORIGINAL

Reçu 1 de 3

Passera: 22/01/2024 à 00:16

* 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

Talbi Nadia
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 514 971-9092

Date: 2024/01/22 16H56

RAMQ: TALN 7153 1410 /



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 1820-784 02-519-720	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4700155368 009914	Jan-24 44.73 / 54.92	18.37	12.31	0.00	6.06	6.06
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total		Hon Prof.		Prix RGAM			
par le pharmacien 7.67 0.50 8.17		10.20		8.17			
4.0 1820-782 00-821-772	D-TABS 10000UI Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4700158034 009915	Jan-24 48.17 / 51.48	10.41	6.97	0.00	3.44	3.44
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total		Hon Prof.		Prix RGAM			
par le pharmacien 0.84 0.05 0.89		9.52		0.89			

No: 1902029

ORIGINAL

Reçu 2 de 3

Passera: 22/01/2024 à 00:16

* 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.)*





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

Talbi Nadia
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 514 971-9092

Date: 2024/01/22 16H56

RAMQ: TALN 7153 1410 /



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 1820-781 02-524-864	GLICLAZIDE MR 60mg Comp. L.A. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4700157005 009916	Jan-24 52.20 / 47.45	12.22	8.19	0.00	4.03	4.03
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 1.90 0.12			2.02	10.20	2.02		
30.0 1820-780 02-405-636	ROSUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4700159025 009917	Jan-24 56.99 / 42.66	14.52	9.73	0.00	4.79	4.79
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 4.06 0.26			4.32	10.20	4.32		

No: 1902029
ORIGINAL
Reçu 3 de 3



Passera: 22/01/2024 à 00:16
* PASSERA À: _____ *

Total: 56.99\$

REÇU OFFICIEL

Clinique de Medecine Familiale

1875 Rue Maurice-Gauvin Suite 102
Laval H7S2M5
Tél: 450-902-0943 Fax: 450-902-0919

TALBI NADIA**Confidentiel**

Nam: **TALN 7153 1410** Exp: **24.12**
Nais: **1971-03-14** Sexe **F** Père:
Tél.: **514-971-9092** CELL **450-241-2575**
559 ST-LOUIS APT 301, LAVAL, H7V 0C5

Dossier #
A 22236

Hopital #

Liste des allergies et intolérances
Aucune allergie connue

Rx-Ordonnance**lundi 31 octobre 2022**

- DSQ** Janumet 500+50mg comprimé
prenez 1 comprimé 2 fois par jour matin et soir en mangeant #60 X30j Ren: 1 2
- DSQ** Rosuvastatin 10mg comprimé
prenez 1 comprimé 1 fois par jour même heure chaque jour au coucher #30 X30j
Ren: 12
- DSQ** D tabs 10,000ui comprimé
prenez 1 comprimé une fois par semaine, même jour chaque semaine #4 X28j
Ren: 12
- DSQ** Diamicron mr 60mg COMPRIME-24H
1 co DIE x 30j #30 Ren: 12



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

**1822-481**

Ad: 2025/11/06 17 02-503-956

60 SANDOZ SITAGLIPTIN METFOR (500mg-50

**PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR
JOUR MATIN ET SOIR EN
MANGEANT**

EN 150

Talbi Nadia Servi: 2024/01/22

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/01/19



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

**1820-782**

Ad: 2025/11/01 11 00-821-772

4 D-TABS (10000UI) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIMÉ UNE FOIS
PAR SEMAINE, MÊME JOUR
CHAQUE SEMAINE**

VITAMINE D

Talbi Nadia Servi: 2024/01/22

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/01/19



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

**1820-784**

Ad: 2025/11/01 10 02-464-020

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR * AVEC 1 COMPRIME DE 4
MG***

Talbi Nadia Servi: 2024/01/22

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/01/19



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

**1820-780**

Ad: 2025/11/01 10 02-405-636

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR
JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR AU COUCHER**

Talbi Nadia Servi: 2024/01/22

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/01/19

*rehab/ann 0 400 4*

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004



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

**1822-466**

Ad: 2025/11/06 17 02-481-642

30 PERINDOPRIL ERBUMINE (4mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR * AVEC 1 COMPRIME DE 4
MG/ 1.25MG***

Talbi Nadia Servi: 2024/01/22

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/01/19



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

**1820-781**

Ad: 2025/11/01 10 02-524-864

30 GLICLAZIDE MR (60mg) Comp. L.A.

**PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR
JOUR AU DEJEUNER**

Talbi Nadia Servi: 2024/01/22

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/01/19



DOSSIER PATIENT

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

PATIENT: TALBI NADIA

Adresse: 301-559 rue Saint-Louis
Ville: Laval
Téléphone: (514)971-9092
Code Postal: H7V 0C5
Allergie(s): Pas d'allergie déclarée

Sexe: F **Langue:** Français
Naissance: 1971/03/14 **Age:** 51 ans
Taille: 0,00 m. **Poids:** 0,00 Kg
R.A.M.Q: TALN 7153 1410 /10

Date	No Rx	Qte	Médicament	Att.	Posologie Heure de prise Indication	Médecin	Ren à donner / Ren donnés, Durée
2021/09/05	1504-218 Non Servie	100,0	CONTOUR NEXT Bandelette	FS	SELON LES DIRECTIVES DU MÉDECIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	100/0 30 Ad: 2022/04/08
2022/09/26	1649-144	60,0	JANUMET 500mg-50mg Comp.	NS	PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR MATIN ET SOIR EN MANGEANT *EN 150*	T.HUYNH (4241865)	1/0 30 Ad: 2023/09/26
2022/09/26 Orig: 2022/01/13	1549-841	30,0	PERINDOPRIL ERBUMINE 4mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	5/8 30 Ad: 2023/01/13
2022/09/26 Orig: 2022/01/13	1549-829	4,0	D-TABS 10000UI Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ UNE FOIS PAR SEMAINE, MÊME JOUR CHAQUE SEMAINE *VITAMINE D*	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	92/7 28 Ad: 2023/01/13
2022/09/26 Orig: 2022/02/12	1549-828	30,0	PERINDOPRIL/IND APAMIDE 1.25mg-4mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	4/7 30 Ad: 2023/01/13
2022/09/26 Orig: 2022/01/11	1548-869	30,0	ROSUVASTATIN 10mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/6 30 Ad: 2022/12/14
2021/11/12	1527-262	84,0	JAMP-ACETAMINO PHENE 500mg Caplet	NS	PRENEZ 2 COMPRIMES (=1000MG) 3 FOIS PAR JOUR ENVIRON AUX 8 HEURES POUR 14 JOURS QUIVALENT TYLENOL	A.MESSIER (1011477)	1/0 14 Ad: 2022/11/12