

## 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mohamed Maujoud 1952

Date de naissance :

26-12-1952

Adresse :

301-559 Rue St-Louis

Tél. : 514 546 85 08

Total des frais engagés : CAD 56,99 \$

PLAISANCE

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

TALBI Nouria Age: 52

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Diabète - Hypertension

Affection longue durée ou chronique :

ALD  ALC Pathologie :

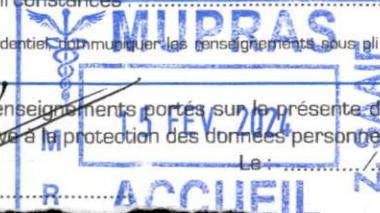
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<b>El-Achkar, Jetha, Merrouni</b> Pharmaciens, Affiliés à Pharmaprix Centre commercial St-Martin 965, Boul. Curé-Labelle Apt: Chomedey, Laval QC H7V 2V7	22/01/2024	<b>56,99 \$</b>

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

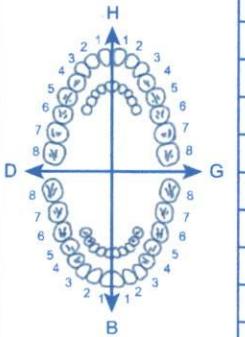
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

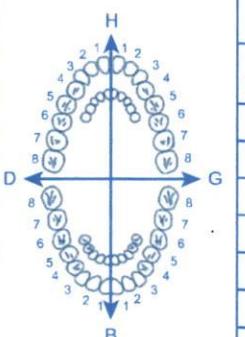
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

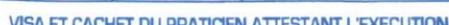
## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



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

www.elsevier.com/locate/issn/00404039



## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## Coefficient des travaux

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

DATE DE  
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*



## 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

**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 par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
	41.10	2.67	43.77	10.18	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 par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
	6.13	0.40	6.53	10.19	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.)

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

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 par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
7.67	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 par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
0.84	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



## 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 par le pharmacien	Pour médicament 1.90	Au distributeur 0.12	Total 2.02	Hon Prof. 10.20	Prix RGAM 2.02		
30.0 1820-780 02-405-636	ROSVUVASTATIN 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 par le pharmacien	Pour médicament 4.06	Au distributeur 0.26	Total 4.32	Hon Prof. 10.20	Prix RGAM 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

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

Confidentiel

Dossier #  
**A 22236**

Hopital #

Liste des allergies et intolérances  
 Aucune allergie connue

## Rx-Ordonnance

lundi 31 octobre 2022

- DSQ** Janumet 500+50mg comprime  
 prenez 1 comprime 2 fois par jour matin et soir en mangeant #60 X30j Ren: 12
- DSQ** Rosuvastatin 10mg comprime  
 prenez 1 comprimé 1 fois par jour même heure chaque jour au coucher #30 X30j  
 Ren: 12
- DSQ** D tabs 10,000ui comprime  
 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 REP

**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

*reçu au 4004*

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004

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

**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 REP

**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 REP

**1820-784** Ad:2025/11/01 **10** 02-404-020

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 REP

**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

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

Date	No Rx	Qte	Médicament	Att.	Posologie Heure de prise Indication	Médecin	Ren à donner / Ren donnée, Durée
2021/09/05	1504-218	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	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	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	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	1548-869	30,0	ROSVASTATIN 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