

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule : <u>6773</u> Société : <u>RAM</u>			
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : <u>Mohamed Majoud</u>			
Nom & Prénom : <u>Mohamed Majoud</u>			
Date de naissance : <u>26/12/1957</u>			
Adresse : <u>301-559 Rue Saint-Louis</u>			
Laval (05) H7 Y 0C5			
Tél. : <u>514 546 8508</u> Total des frais engagés : <u>€AD 56,99 \$</u>			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : <u>TALBI Nadia</u> Age : <u>52</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Diabète - Hypertension</u>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input checked="" type="checkbox"/> ALC Pathologie : <u>Diabète</u>			
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 (05) 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
El-Achkar, Jetha, Merrouni

pharmacien Affilié à Pharmaprix

Centre commercial St Martin

Centre commercial St-Marc

985, Boul. Côte-Labelle
Art Chomedey, Level 2G, H3T 1V2

Date _____

Montant de la Facture

56,99 \$

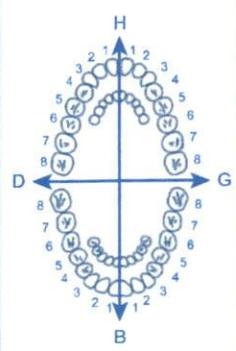
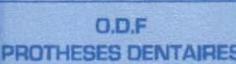
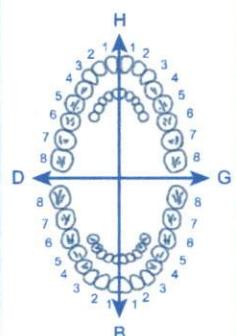
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE

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



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

Talbi Nadia
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 450 518-1276

Date: 2024/03/22 19H40

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
50.0 822-481 02-503-956	SANDOZ SITAGLIPTIN METFOR 500mg-50mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4748235350 003228	Mar 33.15 / 66.50	53.95	20.80	22.90	10.25	33.15
	Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 41.10	Au distributeur 2.67	Total 43.77	Hon Prof. 10.18	Prix RGAM 43.77	
50.0 822-466 02-481-642	PERINDOPRIL ERBUMINE 4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4748235351 003229	Mar 38.67 / 60.98	16.72	11.20	0.00	5.52	5.52
	Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 6.13	Au distributeur 0.40	Total 6.53	Hon Prof. 10.19	Prix RGAM 6.53	

No: 1962681
ORIGINAL
Reçu 1 de 3

Passera: 22/03/2024 à 00:18
* 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

Talbi Nadia
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 450 518-1276

Date: 2024/03/22 19H40

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 4748245799 003230	✓ Mar 56.99 / 42.66	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	0.50	8.17	10.20	8.17		
4.0 1820-782 00-821-772	D-TABS 10000UI Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4748232564 003231	✓ Mar 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	0.05	0.89	9.52	0.89		

No: 1962681
ORIGINAL
Reçu 2 de 3

Passera: 22/03/2024 à 00:18
* 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

Talbi Nadia
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 450 518-1276

Date: 2024/03/22 19H40

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	Mar 52.20 / 47.45	12.22	8.19	0.00	4.03	4.03
Acceptée : RAMQ 4748232567 003232							
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	1.90	0.12	2.02	10.20	2.02		
30.0 1820-780 02-405-636	ROSVUASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH	Mar 56.99 / 42.66	14.52	9.73	0.00	4.79	4.79
Acceptée : RAMQ 4748233490 003233							
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	x RGAM		
	4.06	0.26	4.32	10.20	4.32		

No: 1962681
ORIGINAL
Reçu 3 de 3



Passera: 22/03/2024 à 00:18
* PASSERA À: _____ *

Total: 56.99\$

REÇU OFFICIEL

DOSSIER PATIENT

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labette, 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	100,0	CONTOUR NEXT Bandelette	FS	SELON LES DIRECTIVES DU MÉDECIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	100/0 30 Ad: 2022/04/08
Non Servie							
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
Orig: 2022/01/13							
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
Orig: 2022/01/13							
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
Orig: 2022/02/12							
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
Orig: 2022/02/12							
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
Orig: 2022/01/11							
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

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 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

*reçu à la pharmacie***Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004**

1822-481 Ad:2025/11/06 **15** 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: 2024/03/22
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/03/20



1822-466 Ad:2025/11/06 **15** 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: 2024/03/22
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/03/20



1820-780 Ad:2025/11/01 **9** 02-405-636

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

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

Talbi Nadia Servi: 2024/03/22
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/03/20



1820-782 Ad:2025/11/01 **9** 00-821-772

4 D-TABS (10000UI) Comp.

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

Talbi Nadia Servi: 2024/03/22
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/03/20



1820-784 Ad:2025/11/01 **8** 02-519-720

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

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

Talbi Nadia Servi: 2024/03/22
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/03/20



1820-781 Ad:2025/11/01 **8** 02-524-864

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

PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR
JOUR AU DEJEUNER



Talbi Nadia Servi: 2024/03/22
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/03/20

