

## 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.

**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

W21-847717

203792

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Mohamed Majoud  
 Date de naissance : 26 / 12 / 1957  
 Adresse : 301-555 Rue Saint-Louis  
 LAVAL (DC) H7V OC5  
 Tél. : 514 546 8508 Total des frais engagés : CAD 56,99 \$

PR4FR05/V2/20-10-2023

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : TALBI Nadia Age : 52  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète - Hypertension  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie : Diabète  
 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 (DC) Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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

Arr: Chomedey, Laval QC H7V 2V7

22-03-2024

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

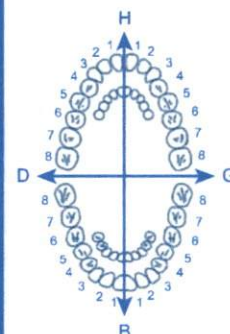
IM

IV

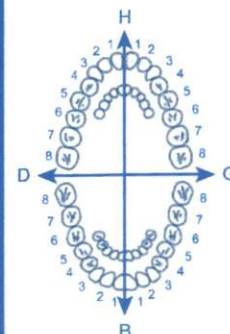
Montant détaillé  
des Honoraires

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des  
Honoraires

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

CCEFFICIENT  
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



## 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, 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
60.0 822-481 503-956	<b>SANDOZ SITAGLIPTIN METFOR</b> 500mg-50mg Comp. <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : RAMQ 4748235350 003228	Mar 33.15 / 66.50	53.95	20.80	22.90	10.25	33.15
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total			Hon Prof.		Prix RGAM		
par le pharmacien 41.10 2.67 43.77			10.18		43.77		
60.0 822-466 02-481-642	<b>PERINDOPRIL ERBUMINE 4mg Comp.</b> <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : RAMQ 4748235351 003229	Mar 38.67 / 60.98	16.72	11.20	0.00	5.52	5.52
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total			Hon Prof.		Prix RGAM		
par le pharmacien 6.13 0.40 6.53			10.19		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



## 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, 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	<b>PERINDOPRIL/INDAPAMIDE</b> 1.25mg-4mg Comp. <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : RAMQ 4748245799 003230	Mar 56.99 / 42.66	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	<b>D-TABS 10000UI Comp.</b> <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : RAMQ 4748232564 003231	Mar 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: 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



## 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, 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 Acceptée : RAMQ 4748232567 003232	Mar 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 4748233490 003233	Mar 56.99 / 42.66	14.52	9.73	0.00	4.79	4.79
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	x RGAM		
par le pharmacien 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-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

## 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

Dossier #

Nais: 1971-03-14 Sexe F

Père:

A 22236

Tél.: 514-971-9092 CELL 450-241-2575

559 ST-LOUIS APT 301, LAVAL, H7V 0C5

Hopital #

Liste des allergies et intolérances

Aucune allergie connue

## Rx-Ordonnance

lundi 31 octobre 2022



Janumet 500+50mg comprimé

prenez 1 comprimé 2 fois par jour matin et soir en mangeant #60 X30j Ren: 1 2



Rosuvastatin 10mg comprimé

prenez 1 comprimé 1 fois par jour même heure chaque jour au coucher #30 X30j Ren: 12



D tabs 10,000ui comprimé

prenez 1 comprimé une fois par semaine, même jour chaque semaine #4 X28j Ren: 1 2



Diamicron mr 60mg COMPRIME-24H

1 co DIE x 30j #30 Ren: 1 2

rehabilitation 04004

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Mer

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

REP



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



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Mer

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

REP



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



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Mer

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

REP



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



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Mer

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

REP



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

\*VITAMINE D\*

Talbi Nadia

Servi: 2024/03/22

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2025/03/20



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Mer

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

REP



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



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Mer

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

REP



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

