

## 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.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### 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 canaux, 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 canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-806941

17/2009

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3183 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ELAUBANI TOUZEY Abdelilah

Date de naissance : 11/21/1953

Adresse : VILLA 7 LOUSSET TOURIA BOUSKOURA  
CENTRE CASABLANCA

Tél. : 066525001 Total des frais engagés : 10\$ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : .....

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

Nature de la maladie : .....

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.

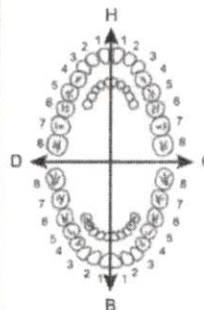
Fait à : 16/2/2023

Signature de l'adhérent(e) :

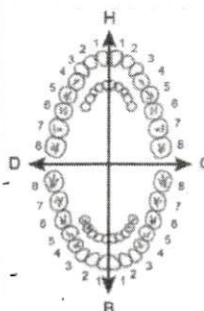
Le : 16/2/2023

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



Traitées

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

AN  
D'EXECUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000050	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
		G

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





LB#8253, P.O. Box 95000  
Philadelphia, PA 19195-0001  
DEPARTMENT / SPECIALTY OF MEDICINE

**This is a bill**

Statement date: 07/25/2023

Please turn page over for your summary of care Page 1 of 2

**Patient name:** ABDELILAH ELAMRANIJOUTEY  
**Guarantor name:** ABDELILAH ELAMRANIJOUTEY

**This is a bill** - Please pay the full amount due using one of the methods below.

**Your insurance has been billed**

<b>Amount due</b>	<b>\$10.00</b>
<b>Due date</b>	<b>08/09/23</b>
<b>Account number</b>	<b>23563137-3</b>

The amount due represents your cost-sharing responsibility as directed by your insurance company and for your specific plan.



### Pay online

Make fast and easy payments at  
[www.northwell.edu/billpay](http://www.northwell.edu/billpay)

or



Scan this QR code  
with your phone's  
camera.



### Pay by mail

Mail your check with the payment coupon  
below. Please include the bill account  
number on check.

Make Checks Payable to:

**NSLIJ MEDICAL PC**  
P.O. BOX 28372  
NEW YORK, NY 10087-8372



### Pay by phone

Call 516-876-5555 to speak to a  
payment specialist.

Hours of Operation:

Monday - Thursday: 9am - 4:45pm  
Friday: 8am - 3:45pm.

**Have questions related to your bill?** Visit [www.northwell.edu/billpay](http://www.northwell.edu/billpay) or email us at [PhysicianUpdates@northwell.edu](mailto:PhysicianUpdates@northwell.edu).  
For your protection, please do not email credit card or payment information.

**Your feedback is important:** Tell us how we're doing with a short, confidential survey at [redcap.link/billpay](https://redcap.link/billpay)



LB#8253, P.O. Box 95000  
Philadelphia, PA 19195-0001

☐ **Has your insurance changed?** Check this box and view the  
"Change of insurance information" section on the back.

ABDELILAH ELAMRANIJOUTEY  
53 SOMMER AVE  
STATEN ISLAND NY 10314-3313



Statement date: 07/25/23

Amount due: \$10.00

Due date: 08/09/23

Account Number: 23563137-3

If paying by credit card, please fill out below:

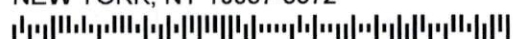
Name on card \_\_\_\_\_

Card number \_\_\_\_\_

Expiration date \_\_\_\_\_ Amount \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

NSLIJ MEDICAL PC  
P.O. BOX 28372  
NEW YORK, NY 10087-8372



23563137003000010000002001519



LB#8253, P.O. Box 95000  
Philadelphia, PA 19195-0001  
DEPARTMENT / SPECIALTY OF MEDICINE  
Patient name: ABDELILAH ELAMRANIJOUTEY

**This is a bill**

Statement date: 07/25/2023

Page 2 of 2

## Summary of care

<b>Provider Name:</b> ZAIDAN MD,JULIE HABIB <b>Invoice Number:</b> 115993765		<b>Primary Insurance:</b> FEE SCALE A <b>Secondary Insurance:</b> None Provided
Date	Service	Amount
06/14/23	99213 OFFICE VISIT	
<b>Amount Approved by Northwell</b>		<b>\$10.00</b>
<b>Payments</b>		
Patient Payments		\$0.00
<b>Amount Due:</b>		<b>\$10.00</b>

## More billing resources

### FAQs

Visit us online at [northwell.edu/help/billing](https://northwell.edu/help/billing)

### Copay, deductible, co-insurance, claim denial, coverage

Please contact your insurance provider for more details.

### Payment plans

If you're unable to pay in full, you may be eligible for a payment plan. Call 516-876-5555 for information.

### Financial assistance

Financial Assistance: Please contact us online at [northwell.edu/financial-assistance](https://northwell.edu/financial-assistance) or by phone at 800-995-5727.

### Support

Email [PhysicianUpdates@northwell.edu](mailto:PhysicianUpdates@northwell.edu) or call 516-876-5555.

## Change of insurance information

Let us know your new insurance information. Email changes to [PhysicianUpdates@northwell.edu](mailto:PhysicianUpdates@northwell.edu), call us at (516) 876-5555 or fill out the form below.

Insurance coverage: ☐ Primary ☐ Secondary ☐ Other: \_\_\_\_\_

Patient's relationship to insured: ☐ Self ☐ Spouse ☐ Child ☐ Other \_\_\_\_\_

Insurance Co. Name \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Policy Holder's Name \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_

Insurance ID \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

Please apply the changes above to the following dates of service \_\_\_\_\_