

## 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 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 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-806941

17/2099

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3183

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELAURANI TOUHEY Abdellah

Date de naissance :

11/11/1953

Adresse :

VILLA 7 La Louise + TOURIA BOUSKOURA

Centre : CENTRE CASABLANCA

Tél. : 06 615 85001 Total des frais engagés : 109 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 16/08/2023

### 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
14/6/2013	Visite à l'hôpital			INP : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

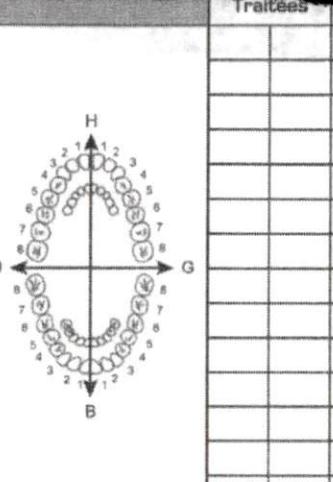
### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

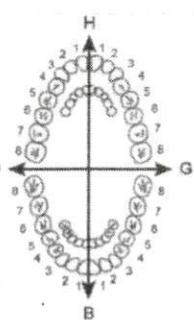
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### SOINS DEN



### Traitées

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433652
D	00000000	00000000
B	35533411	11433653

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



Physician Partners \*

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.

<b>Pay online</b> Make fast and easy payments at <a href="http://www.northwell.edu/billpay">www.northwell.edu/billpay</a> <hr/> <b>or</b> Scan this QR code with your phone's camera.	<b>Pay by mail</b> Mail your check with the payment coupon below. Please include the bill account number on check.  Make Checks Payable to: <b>NSLIJ MEDICAL PC</b> P.O. BOX 28372 NEW YORK, NY 10087-8372	<b>Pay by phone</b> 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](http://redcap.link/billpay)



Physician Partners \*

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

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 \_\_\_\_\_

**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

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

23563137003000010000002001519



Physician Partners

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
<b>Date</b>	<b>Service</b>
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](http://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](http://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 \_\_\_\_\_