

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

- Reclamation : 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° W21-806939

172100

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3183 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL AHRANI JOUTEY Abdelilah
 Date de naissance : 11/21/1953
 Adresse : VILLA 7 L'Esplanade TOURIN BOUSKOURA
 CENTRE CASABLANCA
 Tél. : 0661525001 Total des frais engagés : 114 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ 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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

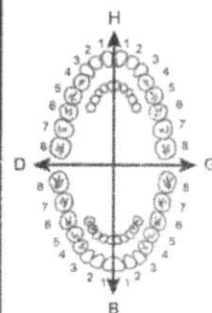
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



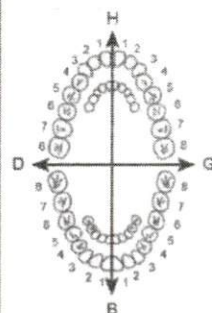
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/5/2023				INP :
12/6/2023			RADIOGRAPHIE PULMONAIRE	

[illegible][illegible][illegible]

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



D.D.F
PROTHESES DENTAIRES



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

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Please turn page over for your summary of care Page 1 of 3

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 

Amount due	\$114.00
Due date	07/12/23
Account number	23563137-3

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

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 855-571-5843 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 or email us at 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

☐ **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: 06/27/23

Amount due: \$114.00

Due date: 07/12/23

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


23563137003000114000002003015



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

This is a bill
Statement date: 06/27/2023

Page 2 of 3

Summary of care

Provider Name: PASPULATI MD,ANIRUDH Invoice Number: 115402375		Primary Insurance: MEDICAID/EMERGENCY MCAID ONLY Secondary Insurance: None Provided
Date	Service	Amount
05/30/23	71046 X-RAY CHEST	
Amount Approved by Your Insurance		\$57.00
Payments		
Patient Payments		\$0.00
Amount Due:		\$57.00

Provider Name: PASPULATI MD,ANIRUDH Invoice Number: 115905938		Primary Insurance: FEE SCALE A Secondary Insurance: None Provided
Date	Service	Amount
06/12/23	71046 X-RAY CHEST	
Amount Approved by Your Insurance		\$57.00

Continued on next page

More billing resources

FAQs

Visit us online at 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 855-571-5843 for information.

Financial assistance

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

Support

Email PhysicianUpdates@northwell.edu or call 855-571-5843.

Change of insurance information

Let us know your new insurance information. Email changes to 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 _____



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

This is a bill

Statement date: 06/27/2023

Page 3 of 3

Summary of care (Cont.)

Payments	
Patient Payments	\$0.00
Amount Due:	\$57.00