

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° W21-790192

154660

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3715 Société : 2AN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : NABAR Nohand

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

SANITAS CARE S.R.L. Unipersonale

Cadre réservé au Médecin

Sede Legale: Via San Gregorio, 44 - 20124 Milano
Tel. +39 02 87036720 - +39 02 870 6718
Sede Op.: V.le Beatrice D'Este, 17 - 20122 Milano
Tel. +39 02 58316622 - Mod. +39 333 2931495
C.F./P. IVA: 09226550961 - REA: MI-2077051
PEC: sanitascare@pec.cgn.it

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : majba ghita 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDDP 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
				INP : [][][][][][][][][][]

[illegible]

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

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

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

SOINS DENTAIRES	Traitées	Soins	Autres										
	SANITAS CARE S.R.L. Unipersonale												
	Sede Legale: Via San Gregorio, 44 - 20124 Milano												
	Tel. +39 02 87036720 - +39 02 87036718												
	Sede Op.: V.le Beatrice D'Este, 17 - 20122 Milano												
	Tel. +39 02 58316622 - Mod. +39 333 2077051												
	C.F./P. IVA: 09226550961 - REA: MI/2077051												
	PEC: sanitascare@pec.cgn.it												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
			MONTANTS DES SOINS	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em;">50,00€</div>									
			DEBUT D'EXECUTION	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
			FIN D'EXECUTION	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G G		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	G G												
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
			MONTANTS DES SOINS	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
			DATE DU DEVIS	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
			DATE DE L'EXECUTION	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cert. no. 2022-140669

Student ID no. 3220861

This is to certify that MAJBAR GHITA, born in Casablanca (Morocco) on 10 December 2004 initially enrolled at this University on 7 April 2022 for the 2022/2023 academic year in the first year of studies. She is currently enrolled for the 2022/2023 academic year in the first year in the Bachelor of Science in International Economics and Management, field of study L-18 - Management.

It is also specified that it is a three year program.

Furthermore, English is the Medium of Instruction of the Program .

Milan, 12 October 2022

ACADEMIC SERVICES
Director

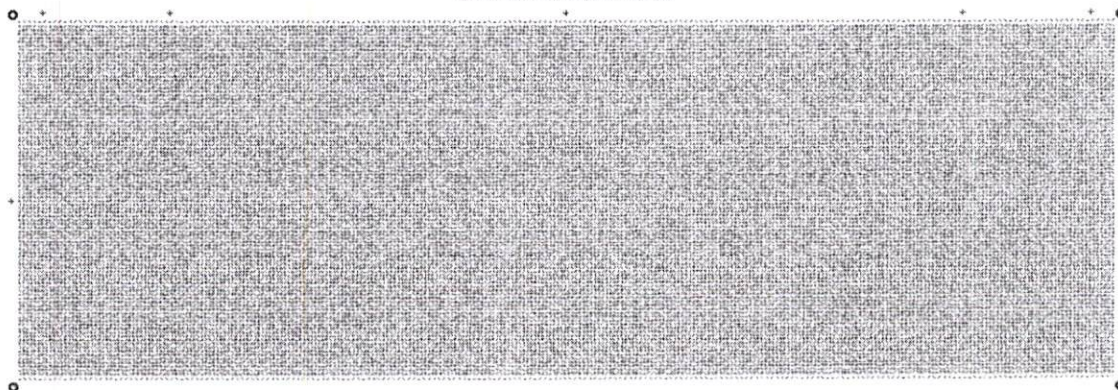
Roberto Grassi



In compliance with art. 40, D.P.R. 28 December 2000 no. 445, this certification is issued for foreign use only. Stamp duty already paid- Authorization by Agenzia delle Entrate - Direzione Regionale della Lombardia - no. 3/00042/2001 26 March 2001.

The digital tag placed on this document has been implemented pursuant to article 23, co. 2-bis, of Italian D.Lgs. 7/3/2005, no. 82 and subsequent amendments. It allows the original digitally signed electronic document to be accessed for the purposes of verifying its compliance. The analogue copy of this certificate is compliant with the digitally signed electronic original from which it has been extracted. **Authentication may be completed by following the software instructions made available by Bocconi University at the address: <http://www.unibocconi.eu/certificatedecoder>.**

Spazio riservato al timbro digitale



Università
Bocconi
MILAN

**SANITAS CARE S.R.L. UNIPERSONALE**

Sede Legale: Via San Gregorio, 44 | 20124 MILANO

Tel +39 02.87036720 - +39 02.87036718 | Fax +39 02.87036730

Codice Fiscale/Partita IVA: 09226550961 | Codice Ateco: 862209

REA: MI - 2077051 | PEC: sanitascare@pec.cgn.itinfo@sanitascare.comwww.sanitascare.com**Sig.ra/Sig.** Majabar Ghita
Viale Beatrice D'Este, 15
20122 - Milano**C.F./P.IVA** MJBGHT04T50Z330A**Fattura n.** 70/23 **del** 02/03/23

<i>Descrizione prestazione medica</i>	<i>Q.</i>	<i>Prezzo Unit.</i>	<i>Importo netto</i>
Visita specialistica odontoiatrica + OPT	1	50,00	50,00

Totale Euro 50,00

Bollo 0,00

da Pagare 50,00

FIRMA PER QUIETANZA

Il trattamento dei dati personali avviene secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza. Tali dati saranno trattati ai sensi del Regolamento Ue 679:2016 concernente la tutela dei dati personali.

Le prestazioni sanitarie sono esenti da IVA ai sensi dell'Art. 10, comma 1, n. 18 del D.P.R. 633/72 e successive modificazioni. Le cessioni di beni sono soggette ad IVA.