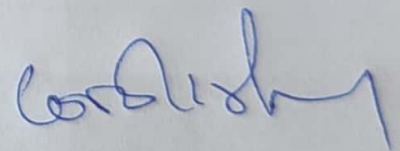


21528

Annulation de  
le PCC

Veuillez annuler le passe en charge  
n° 20230680020600 pour  
M LAAKISSI Abdellah.  
Sans le plus tard demain



LAAKISSI Abdellah



Dr NAAMANE REDA  
Chirurgien Dentiste  
Coopérative El Wafa  
93 Bd Oum Errabia - Deraoua  
Tel: 05 22 51 47 53

2N528



Le 9 mars 2023

DR. NAAMANE REDA  
93 COOPERATIVE Wafa BD OUM RABII DEROUA  
BERR, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**  
**Identifiant adhérent : 004804\_1960-11-11\_ABDELLAH**  
**N/REF : 20230680020600**  
**Adhérent : LAAKISSI ABDELLAH**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ABDELLAH LAAKISSI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 2400.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 600.00 MAD


Validité de prise en charge : du 09-03-2023 au 09-06-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir**  
**6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ABDELLAH LAAKISSI.

Veillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

 Directeur MUPRAS

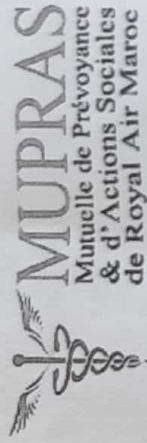
**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

- Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :
- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
  - Toute facture doit être accompagnée :
    - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
    - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
    - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
    - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
  - Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
  - Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.





28528



Le 9 mars 2023



## Déclaration de Maladie

N° P19-0031518

☐ Maladie☐ Dentaire☐ Optique☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ~~123456789~~ 123456789 Société :☐ Actif☐ Pensionné(e)☐ Autre

Nom &amp; Prénom : L. AAKISSI Abdelilah

Date de naissance : 13.01.68

Adresse : Beniachid

Tél : 0666353691

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/2/23

Nom et prénom du malade : CAKISSA Abdelilah

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 : 28.10.2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-031518

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :