

# Dr NAAMANE REDA

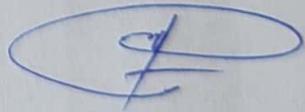
21528

Annulation de  
la Rec

Neutre Annuler la preuve en charge  
n° 2023068002600 pour  
M LAAKISSI Abdellah.  
Dans le but d'éviter

l'oubli

LAAKISSI Abdellah



Dr NAAMANE REDA  
93 Bd Oum El Dardiba 514753 Deraouia  
Cooperative El Wafa Al Wafaa  
DCHIRUGIEN DENTISTE

Siege Social: 93 COOPERATIVE EL WAFA ETAGE 2 DEROUA

IF: 40164378 - TP: 55823041 - CNSS: 5777224

ICE 002026985000066-INPE 094172061-TEL: 0522514753

21528



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  
NIREF : 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.

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

 Directeur MUPRAS

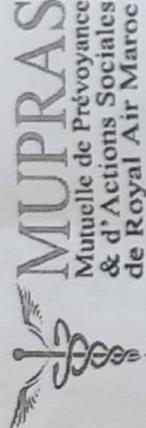
**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

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 RB (24 chiffres) du prestataire.



21528



Le 9 mars 2023

**Déclaration de Maladie**

N° P19-0031518 288

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (le)

Matricule : 1.04.804. Société : *A-T-A*

Actif  Pensionné(e)  Autre : *ISSI.*

Nom & Prénom : *LAKISSI Abdellah*

Date de naissance : *13.01.64*

Adresse : *Bensalah*

Tel. : *0666 3536 91* Total des frais engagés : *22223333* Dhs

Cadre réservé au Médecin

93 Chirurgien Dentiste  
Coopérative Al Wafa  
Tel. 05 22 23 33 33

Cachet du médecin : *LAAKISSI Abdellah*

Date de consultation : *22/03/2023*

Nom et prénom du malade : *LAAKISSI Abdellah*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant : *3DELLAH*

Nature de la maladie : *En cas d'accident préciser les causes et circonstances*

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 Mutualité.*

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 09/03/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *LA*

REDA  
EROUA  
2, 20000  
MAROC

ISSI.  
que cette

ouble de

ned Fakir

3DELLAH

4 22223333

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutualité.

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 09/03/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *LA*

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 : .....  
Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)