

# 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 l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-587263

47517

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4961 Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : El Idrissi Abdelaziz

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : 0668 197653 Total des frais engagés : Complément Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Complément

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) : 



### 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 : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D 00000000 00000000 G</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Partie réservée à RMA

Date(s) de réception du courrier

1	2	3	4

### Identification

N° du sinistre		
		CP

## Ordonnancement

**Siège social**

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc  
Tél. : 0522 31 21 63 - 0522 31 01 69 - Fax : 0522 31 38 84

SA au capital de 1.796.170.800 DH - Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances  
[www.rmaassurance.com](http://www.rmaassurance.com)



# RMA

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

## تصريح بالمرض

## Déclaration de maladie

## Type de déclaration

☒ Maladie    ☐ Maternité    ☐ Optique    ☐ Clinique    ☐ Traitements spéciaux

N° d'affiliation \_\_\_\_\_ Intermédiaire : \_\_\_\_\_

Souscripteur : ACI Assurances

N° de police : 601372

Adresse : .....



### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : Fikri Houdo

Adresse : .....

### Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : Moi même Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Montant des frais engagés : ..... 3247.50 ..... DHS.....

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration**

Fait à ..... , le ..... Signature de l'assuré(e)

FOR.GM - 021 - Code GP 002 Version 2020

## Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : Omme Fikri Houada  
 Date de naissance : 46 ans  
 Nature de la maladie : Ictère conjonctival + 800  
 En cas d'accident : .....  
 (préciser causes et circonstances) .....

## Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	25/07/2020		CG		
	03/08/2020		CG		
Auxiliaires médicaux	29/07/2020		transfusion	1554,00	
	29/07/2020		Facture	6285,00	
	03/08/2020			1000,00	
Analyses et radiographies	03.08.20		(B450 + PC2)	= 550 DH	

## Pharmacie

Factures		Signature & cachet
Date	Montant	
25-07-2020	26,00	
03.08.20	117,00	

## Recommandations importantes

- Etablir une déclaration par personne et par maladie.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et laboratoire).
- Joindre à la déclaration de maladie les vignettes ou à défaut les prospectus et le P.P.M. concernant les médicaments.
- Lorsque la personne malade bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : joindre une facture détaillée et dûment acquittée sur laquelle devra être précisé l'ensemble des prestations.
- Délai de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'assureur trois mois au plus tard après la cessation des soins.
- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la loi n°17-99 portant code des assurances.

→ Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai de deux mois.



Casablanca, le : 29/07/2020

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom du Patient :

Mme Fiki Hawda

Médecin Traitant :

Dr. ANIBA MYRIEM  
Hématologie Clinique  
Bd. Al Qods, Imm.35, GH 06 N°04  
1er Etage - Casablanca  
Tél: 0522 87 37 50 - GSM: 0664 42 82 13

Acte :

C5

Montant des Honoraires :

500,00 DHS

Montant en Chiffre :

cinq cent dix-huit

Sur Facture N° :

DR. ANIBA MYRIEM  
Hématologie Clinique  
Bd. Al Qods, Imm.35, GH 06 N°04  
1er Etage - Casablanca  
Tél: 0522 87 37 50 - GSM: 0664 42 82 13

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - GSM : 06 61 99 67 26  
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919



Dr. ANIBA Myriem

Hématologue

(Adultes et enfants)

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة عنبية مريم

أخصائية في أمراض الدم

(البالغين و الأطفال)

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

Casablanca, le : 29/07/2020

Mme Fikri Hachta

→ Anémie à 67 g/dL

Transfusion sanguine  
en os culots globulaires

phénotype Sérologie

Dr. ANIBA MYRIEM  
Hématologie Clinique  
Bd. Al Qods, Imm. 35, GH 06 N°04  
1er étage - Casablanca  
05 22 87 37 50 - 06 64 42 82 13

شارع القدس، الضبان GH06، عمارة 35 الشقة 4 الطابق 1، الدار البيضاء

Boulevard Al Qods, Imm 35 GH06 N°04, 1er étage, Casablanca

☎ 05 22 87 37 50 (Urgence : ☎ 06 64 42 82 13) E-mail : myriemaniba@gmail.com

**BON d'ATTRIBUTION**  
NUMERO 0000000569980

**Date et heure** 30/07/2020 - 12:54  
**Etablissement** RYAD ONCOLOGIA CLINIQUE  
(05PRI00232)

20000

**Malade no** 0639230  
**Nom et prenom** FIKRI HOUDA  
**Sexe / ne(e) le** F  
**Groupe sanguin** AB Positif

**Service**  
**Ref. commande** 1002486338

**CGR homologue Déleucocyté Syst clos (3H100)**

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193203317		AB+		1	09/09/2020		250

**TOTAL**

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H100 / - CGR homologue Déleucocyté Syst clos	1	250	509/poche	509

**Signature responsable**

FATIMA.L





## F A C T U R E

N° : 6285 / 2020 du 04/08/2020

Nom patient **FIKRI HOUDA**  
**PAYANT**

Entrée 29/07/2020

Sortie 29/07/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		1 000,00	1 000,00
			<i>Sous-Total</i>	1 000,00
Total Clinique				1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

Total

1 000,00

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

Professeur A.ACHARKI  
Onco-RadiothérapeuteDocteur H. EL BOUSSAIRI  
Onco-RadiothérapeuteDocteur O. ALAMI  
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

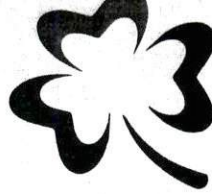
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca

Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - GSM : 06 61 99 67 26

I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) / GSM:06619967 / Fax: 0522862556





## F A C T U R E

N° : 6284X / 2020 du 04/08/2020

Nom patient **FIKRI HOUDA**  
**PAYANT**

Entrée 29/07/2020  
Sortie 30/07/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>FRAIS CLINIQUE</b>	1,00		500,00	500,00
			<i>Sous-Total</i>	500,00
<b>Total Clinique</b>				<b>500,00</b>

<b>DR. ANIBA MYRIEM (hematologue)</b>	1,00		500,00	500,00
			<i>Sous-Total</i>	500,00
<b>CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire)</b>	1,00		509,00	509,00
<b>CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire)</b>	1,00		45,00	45,00
			<i>Sous-Total</i>	554,00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>1 054,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
MILLE CINQ CENT CINQUANTE-QUATRE DIRHAMS	<b>Total 1 554,00</b>

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

**Professeur A.ACHARKI**  
Onco-Radiothérapeute

**Docteur H. EL BOUSSAIRI**  
Onco-Radiothérapeute

**Docteur O. ALAMI**  
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs  
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologieriad.com  
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26  
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919



## F A C T U R E

N° : 6284 / 2020 du 04/08/2020

Nom patient **FIKRI HOUDA**  
**PAYANT**Entrée 29/07/2020  
Sortie 30/07/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		1 000,00	1 000,00
			<i>Sous-Total</i>	1 000,00
Total Clinique				1 000,00
CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire)	1,00		509,00	509,00
CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire)	1,00		45,00	45,00
			<i>Sous-Total</i>	554,00
Total Autres prestations				554,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				
MILLE CINQ CENT CINQUANTE-QUATRE DIRHAMS				
Total				1 554,00

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

Professeur A.ACHARKI  
Onco-RadiothérapeuteDocteur H. EL BOUSSAIRI  
Onco-RadiothérapeuteDocteur O. ALAMI  
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - GSM : 06 61 99 67 26

I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S. : 8587919

N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) / GSM:066199677 / Fax: 0522862556  
TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919 / ICE: 001741149000027

Dr. ANIBA Myriem

Hématologue

(Adultes et enfants)

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة عنيبة مريم

أخصائية في أمراض الدم

(البالغين و الأطفال)

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

Casablanca, le : 03/08/2020

me Fikri Harada

- NFS + Pp

• BT, BL, BC

• LDH

• vit B12

شارع القدس، الضمان GH06، عمارة 35 الشقة 4 الطابق 1، الدار البيضاء

Boulevard Al Qods, Imm 35 GH06 N°04, 1er étage, Casablanca

☎ 05 22 87 37 50 (Urgence : ☎ 06 64 42 82 13) E-mail : myriemaniba@gmail.com



Dr. ANIBA Myriem

Hématologue

(Adultes et enfants)

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة عنبية مريم

أخصائية في أمراض الدم

(البالغين و الأطفال)

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

Casablanca, le : 03/08/2020

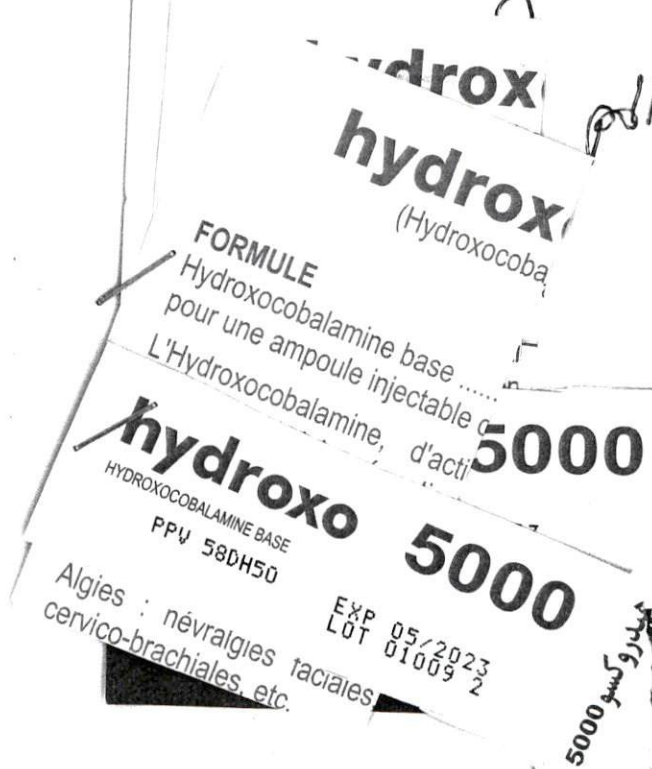
Ome Fikri Houda

58.50 x 2

Hydroxo 5000 x injectable

1 inj 10 / jour

107 jours



شارع القدس، الضمان GH06، عمارة 5  
H06 N°04, 1er étage, Casablanca  
2 82 13) E-mail : myriemaniba@gmail.com

Dr. ANIBA Myriem

Hématologue

(Adultes et enfants)

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة عنيبة مريم  
أخصائية في أمراض الدم  
(البالغين و الأطفال)  
خريجة كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 27/07/2020

Mme Fikri Houda

20,50

Acfol 5mg cp

Sept 15

**ACFOL®**

Acide folique / Comprimés

5mg

LOT: 14220004  
PER: 03/2024  
PPU: 26/20 DH

28

Comprimés  
Voie orale

**ACFOL® 5mg**

Acide folique / Comprimés

Boîte de 28 comprimés

**Lisez cette notice avant d'utiliser ce médicament.**

En cas de besoin de la relire.

En cas de doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.  
Le médicament est prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes.

Parlez-en à votre médecin ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à

Comment est-il utilisé?

Prévention des anomalies du tube neural : 1 comprimé par jour pendant quatre semaines avant la conception et les trois premiers mois de grossesse.

**Si vous avez pris plus de ACFOL 5 mg comprimés que vous n'auriez dû :**

En cas de surdosage ou d'ingestion accidentelle, veuillez

1. Comment prendre ACFOL 5 mg, comprimés.
2. Les effets indésirables éventuels.
3. Comment prendre ACFOL 5 mg, comprimés.
4. Les effets indésirables éventuels.
5. Conservation de ACFOL 5 mg, comprimés.



# مختبر التحليلات و الأبحاث الطبية و العلمية

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ARMES

A. ALAMI  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Paris

H. LAZRAQ  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Reims

Casablanca le 3 août 2020

Madame FIKRI EP EL IHABI HOUDA

FACTURE N°	3861
------------	------

### Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Bilirubines (T - D - I) -----	B	70	
Lactate Déshydrogénase (L.D.H) -----	B	50	
Vitamine B12 (cobas) -----	B	250	Total : B 450

### Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	550,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Cinquante Dirhams

55, شارع مولاي الحسن الأول  
الدار البيضاء 20070  
55, Av. Moulay Hassan 1er  
Casablanca 20070

Tél. : 05 22 27 86 57 / 27 19 70 • Fax : 05 22 26 02 47 • E-mail : drlazraqhicham@gmail.com • Patente : 35500316 • CNSS : 1519753 - ICE : 001745097000034  
I.F : 40300165 - INPE : 093000065 • Domiciliation Bancaire : SGMB Agence "A" - 84, Bd. Med V Casa - RIB : 020 700 000 000



**Siège social**

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc  
Tél. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84

S.A. au Capital de 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666

PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041

Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances

[www.rmaassurance.com](http://www.rmaassurance.com)



**RMA**

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

**FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE**

Employeur	: ASSURANCES POUR LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE (A C I)	Page	1/1
Assuré	: FIKRI EP.EL IHABI HOUDA	Réf (C / V)	: 09541547
N° Affiliation	: 00401372 00 000004	N° Extérie	:
Personne soignée	: FIKRI EP.EL IHABI HOUDA	Date ouverture	: 18/08/2020
N° sinistre	: 2020004 00	Date règlement	: 21/09/2020
Nature de la maladie	:		

Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
CONSULT.SPEC.	1 0	0	1000.00	600.00	80.00	480.00
TRAIT. SPEC.	0	0	554.00	554.00	80.00	443.20
LABO-ANAL	0	0	550.00	550.00	80.00	440.00
PHARMACIE	0	0	144.50	144.50	80.00	115.60
J.HOSP.MED.	2 0	0	1000.00	400.00	80.00	320.00
<b>TOTAL</b>			<b>3248.50</b>	<b>2248.50</b>		<b>1798.80</b>
1-1: REGLEMENT EFFECTUE CONFORMEMENT AUX CLAUSES CONTRACTUELLES						Montant A Rembourser
2-1: REGLEMENT EFFECTUE CONFORMEMENT AUX CLAUSES CONTRACTUELLES						<b>1798.80</b>

**Siège social**

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc  
Tél. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84  
S.A. au Capital de 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666  
PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041  
Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances  
[www.rmaassurance.com](http://www.rmaassurance.com)

**RMA**

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

**BORDEREAU RECAPITULATIF DES REGLEMENTS**

Date Edition	: 21/09/2020	Page:	1 / 1
Ref (C / V)	: 09641647		
Date Décision	: 21/09/2020		
Contrat	: 00401372 00		
Société	: ASSURANCES POUR LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE (A C I)	Apporteur	: C1814 - ACI
1 PLACE SAINT EXUPERY ANGLE AVENUE HASSAN II ET RUE ALLAL EL FASSI CASABLANCA		1 Rp. St. Exupery Av. Hassan 2 CASABLANCA	

N° Assuré	Nom et Prénom de l'Assuré	N° Sinistre	Référence	Type Déclaration	Total Remboursement
000004	FIKRI EP.EL IHABI HOUDA	2020004 00		Déclaration de maladie	1798.80

Nombre Total de Décomptes

1

Montant Global

1798.80