

CONFIDENTIEL



(À renseigner par l'adhérent)

Cette fiche de renseignement remplie d'après les indications données par l'adhérent, ne pourra être communiquée qu'aux personnes astreintes au secret médical.

En respect de la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

NOM : Douji PRENOM : FOUAD

Date de naissance : 19/04/1960 Lieu de naissance : Marrakech

Situation familiale :

☒ Marié/Mariée

☐ Célibataire

☐ Veuf/Veuve

☐ Divorcé/Divorcée



GSM : 0661 35 25 85

Adresse : LOT AL FATH II NR 65 Sidi Maachouf

CASABLANCA Tél : 0661 35 25 85

Matricule : 8550 Fonction : Retraité

Date de la dernière cotisation : du au

*Documents à fournir :

Attestation de scolarité et déclaration légalisée de célibat pour les enfants âgés de > 21 ans et < 26 ans

Attestation de non remariage (veuf/veuve)

Attestation de non-imposition fiscales (conjoint) si n'est pas fournie auparavant, le cas échéant fournir la déclaration annuelle légalisée

03/08/22
le 03/08/22
L

03/08/22
Renzo

Accusé de
réception
21/08/22
F. 03/08/22

03/08/22
AVIS favorable
[Signature]

03/08/22
F. 03/08/22
au cotat

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Nom et prénom	Maladies antérieurs / infirmités	Opérations chirurgicales
Conjoint AZIZ KHADIJA	R.A.S	R.A.S
1 ^{er} enfant à charge DOUJJI Med Amine	R.A.S	R.A.S
2 ^{-ème} enfant à charge DOUJJI EL MENDI	R.A.S	R.A.S
3 ^{-ème} enfant à charge DOUJJI Othmane	R.A.S	R.A.S
4 ^{-ème} enfant à charge		

ANTECEDENTS PERSONNELS

1. Avez-vous eu des maladies professionnelles ?

Oui ☐

Non ☒

Lesquelles ?

2. Avez-vous eu des maladies ?

Oui	Non	Oui	Non
- Allergie <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Hypertension Artérielle <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Asthme <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Tuberculose <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Diabète <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Du sang <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Des oreilles <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Du cœur <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Articulation et Squelette <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Des sinus + Nez <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Rénales <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Des yeux <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Dermatologique <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Syphilis <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Du foie <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Cancer <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- De la thyroïde <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- SIDA <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Gynécologiques <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Mentales <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Autres : R.A.S			

Lesquelles :



3. Avez-vous pris des médicaments ?

Non ☒ Oui ☐

Lesquels :

4. Avez-vous subi des examens de sang ou des radiographies :

Non ☒ Oui ☐ :

DATE	NATURE	RESULTATS

5. Présentez-vous les signes suivants :

	Oui	Non		Oui	Non
- Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Toux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Eternuements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Crachats	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Mal de tête	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Essoufflements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Mal dus dos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Difficultés de respirer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Brûlures des urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Constipation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

-AUTRES : *R.A.S*

-Pour les femmes, vos règles sont :

Nombre de grossesse : Nombre de Fausse-couches :

6. Avez-vous eu une affection O.R.L (Nez, gorge, sinus, oreilles) :

Non ☐ Oui ☐ :

Laquelle :

7. Avez-vous eu des crises nerveuses ou psychiques ?

Oui ☐ Non ☐

8. Avez-vous eu des pertes de connaissances ?

Oui ☐ Non ☐

9. Avez-vous eu des accidents du travail ?

Non ☒

Oui ☐

DATES	LESIONS	IPP EN %

10. Avez-vous eu des blessures ?

Non ☒

Oui ☐

Dates et natures :

11. Avez-vous eu subi des interventions chirurgicales ou avez-vous été hospitalisé en clinique ou à l'hôpital ?

Non ☒

Oui ☐

Dates ; Nature :

12. Avez-vous été vacciné à l'enfance selon le Programme National d'Immunisation :

Oui ☒

Non ☐

À l'âge adulte :

☒ Tétanos ☐ Hépatite ☒ Méningite ☐ Typhoïde ☒ Fièvre jaune

13. Avez-vous reçu une transfusion sanguine :

Oui ☐

Non ☒

14. Avez-vous reçu une désensibilisation (allergie) ? :

Oui ☐

Non ☒

Laquelle :

15. Pratiquez-vous une activité sportive ?

Oui ☒

Non ☐

Je déclare exactes et sincères les réponses ci-dessus. Je certifie notamment que les personnes pour lesquelles aucune infirmité ou maladie n'a été déclarée sont à ma connaissance en bon état de santé à ce jour.

Fait à CASABLANCA, le 27/07/2022

Signature de l'adhérent :




Vu pour la légalisation de la signature
Mr. DOUGI FOUAD
Bureau El Moustakhal
Arrondissement Ain Chock le 27 JUL 2022
مكتب المستقل
الطبعة عين الشق بتاريخ 27 JUL 2022

الزبون صاحب الأمر
CLIENT DONNEUR D'ORDRE

البنك المغربي للتجارة والصناعة
BANQUE MAROCAINE POUR
LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE

Nom et prénom
Adresse
العنوان

NUMERO DU COMPTE (2) رقم الحساب

0102621604900165

Signature Tenant
la compte du
donneur d'ordre

الموكل

CIL

VEUILLEZ PAR LE DEBIT DE MON COMPTE يسحب من حسابي أرجوكم

أن تدعوا في حساب - أن تضعوا رهن إشارة (1)

المبلغ (بالأرقام)

VIRER AU CREDIT DU COMPTE DE - FAIRE TENIR A LA DISPOSITION DE (1)
Bénéficiaire (Nom et prénom)
Adresse
Etablissement
Destinataire
CODE BANQUE VILLE
NUMERO DU COMPTE
RIB
المستفيد (الاسم والنسب)
العنوان
المؤسسة المرسل إليها
رقم الحساب
RIB

MONTANTS (EN CHIFFRES)

6104,96

أن تدعوا في حساب - أن تضعوا رهن إشارة (1)

VIRER AU CREDIT DU COMPTE DE - FAIRE TENIR A LA DISPOSITION DE (1)
Bénéficiaire (Nom et prénom)
Adresse
Etablissement
Destinataire
CODE BANQUE VILLE
NUMERO DU COMPTE
RIB
المستفيد (الاسم والنسب)
العنوان
المؤسسة المرسل إليها
رقم الحساب
RIB

المبلغ (بالأرقام)

TOTAL (EN CHIFFRES)

TOTAL (en lettres)

Six mille cent quatre-vingt et quatre-vingt

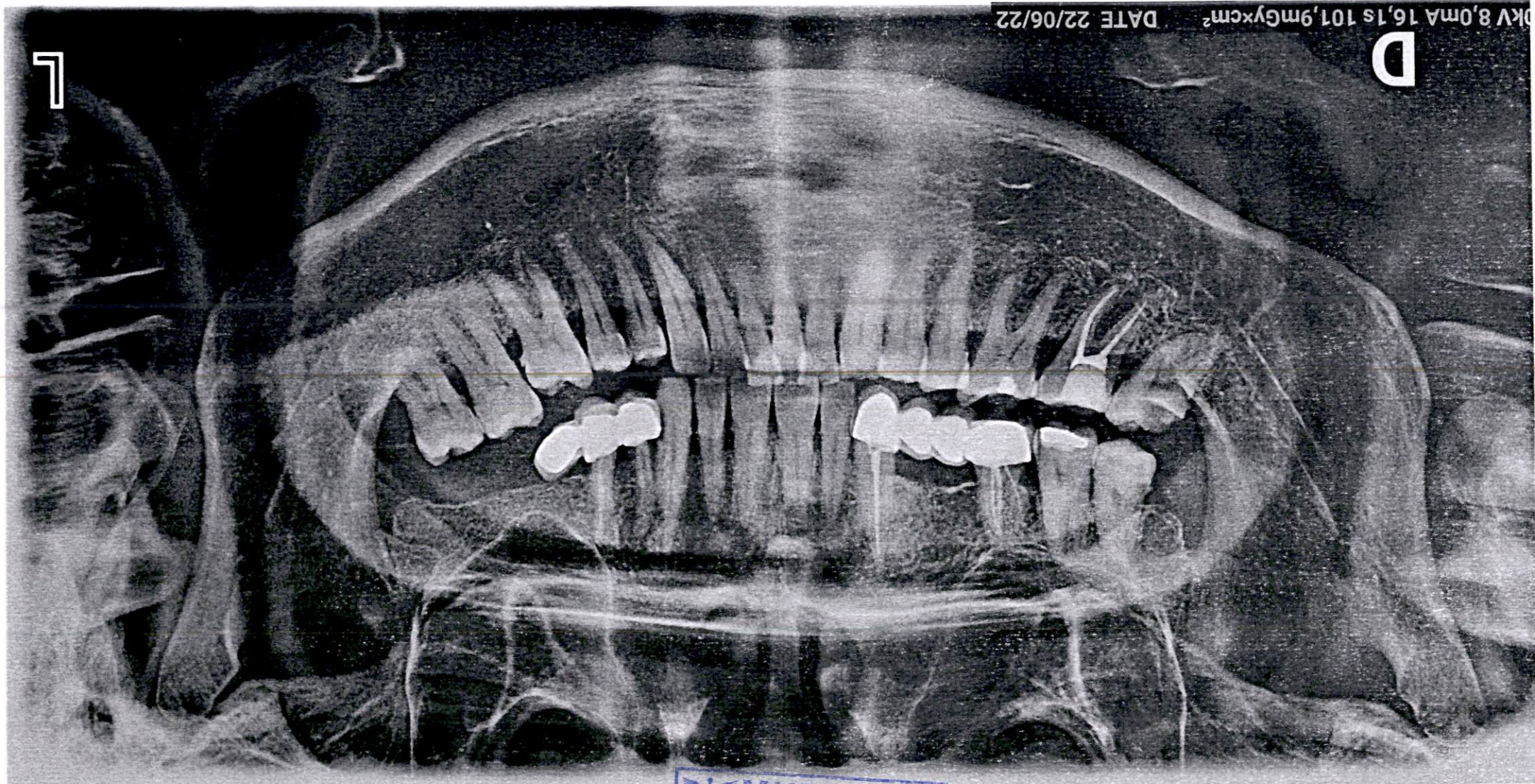
A le في

Signature du donneur d'ordre.

توقيع صاحب الأمر

(1) شطب على الغير الصالح
(1) Rayer la mention inutile

BANQUE MAROCAINE POUR
LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE
09 MAI 2022
CASA CIL 01074



**Dr. O. Alami**

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

22/06/2022

PATIENT : Mr.DOUJI FOUAD
EXAMEN(s) REALISE(s) : RX THORAX FACE

Cher Docteur,**Je vous remercie de nous avoir adressé votre patient dont voici le résultat de l'examen.****Rx THORAX FACE**

- ❖ Transparence pulmonaire homogène.
- ❖ Silhouette cardio-médiastinale d'allure normale.
- ❖ Absence d'anomalie hilaire.
- ❖ Culs de sac pleuraux libres.

AU TOTAL**Image thoracique normale.**

Confraternellement
DR N.FARIS





Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca , le 22/06/2022

PATIENT : Mr. DOUIJI FOUAD
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX PANORAMIQUE

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

Rx PANORAMIQUE DENTAIRE

Examen fourni sur film, papier et DVD

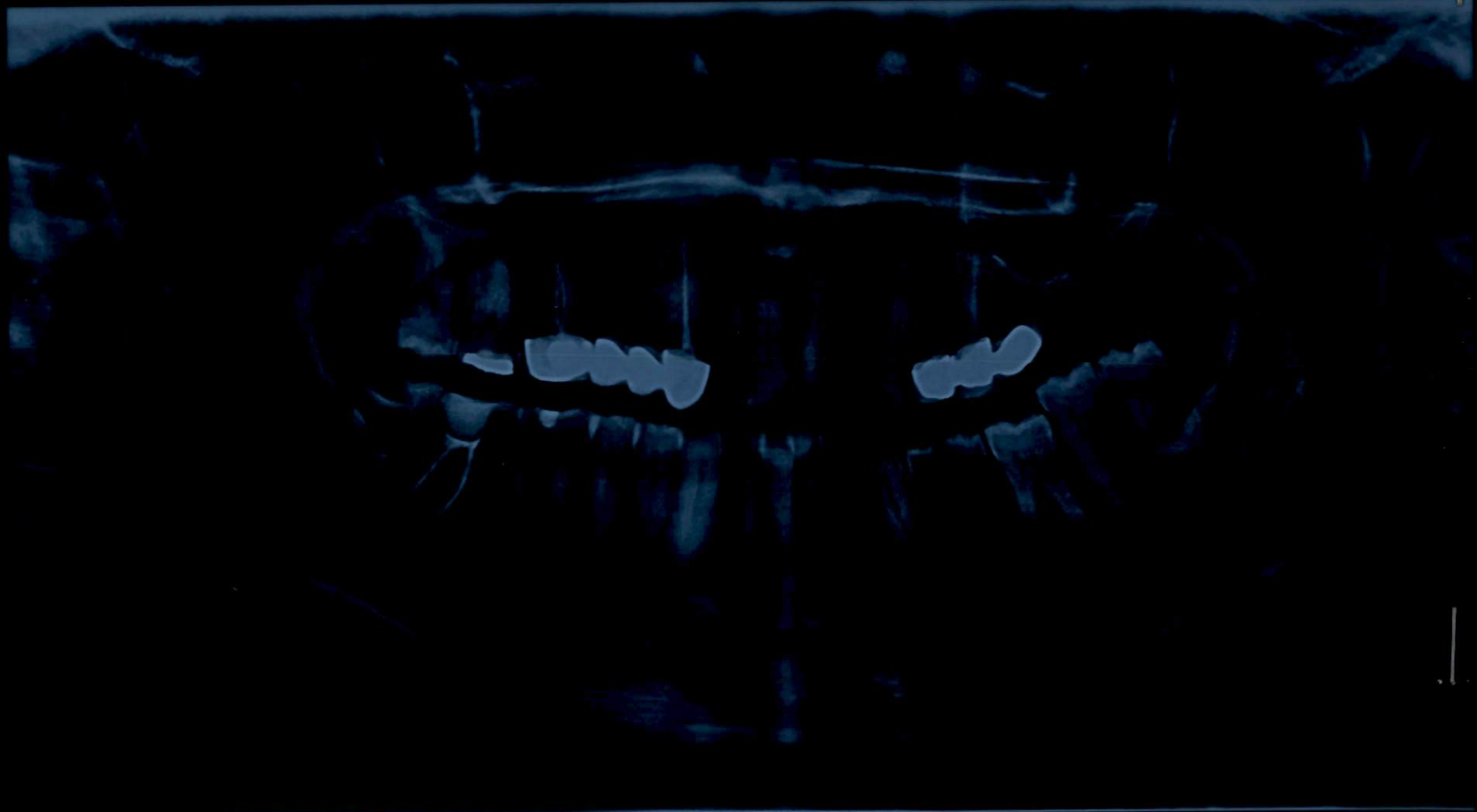
- ❖ ATM normales.
- ❖ Les cuvettes maxillaires sont libres.
- ❖ Parodontopathie diffuse .
- ❖ Absence d'anomalie péri radiculaire.

Confraternellement
DR N.FARIS



DOUJI FOUAD 18/04/60
ID 23506

RADIOLOGIE HAY HASSANI



22.06.22 66.0kV 8.0mA 16.1s 101.9mGy*cm