

CONFIDENTIEL

mpe 1462

(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 : FARESS PRENOM : Halik

Date de naissance : 10/12/51 Lieu de naissance : Calabroue

Situation familiale :

☐ Marié/Mariée

☐ Célibataire

☒ Veuf/Veuve

☐ Divorcé/Divorcée

GSM : 06 15 89 65 13 / 06 74 75 07 72

Adresse : HAYRAHA Rue Alourjouane n° 95 2^e étage Apt 4

Tél :

Matricule : Fonction :

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

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Nom et prénom	Maladies antérieures / Infirmités	Opérations chirurgicales
Conjoint		
1 ^{er} enfant à charge		
2 ^{-ème} enfant à charge		
3 ^{-ème} enfant à charge		
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Hypertension	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artérielle		
- Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des oreilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Articulation et	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Du cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Squelette			- Des sinus + Nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rénales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Des yeux	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dermatologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gynécologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autres :					

Lesquelles : ...Cholestérol... Triglycérides...

3. Avez-vous pris des médicaments ?

Non ☐

Oui ☒

Lesquels : BIPROLOL 10mg

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

Non ☐

Oui ☒

DATE	NATURE	RESULTATS
27/07/22	cholesterol triglycérides glycémie	2,05 1,37 2,97

5. Présentez-vous les signes suivants :

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

-AUTRES :

-Pour les femmes, vos règles sont :

Nombre de grossesse : 1 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 subi des interventions chirurgicales ou avez-vous été hospitalisé en clinique ou à l'hôpital ?

Non ☐

Oui ☒ Césarienne

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 ?

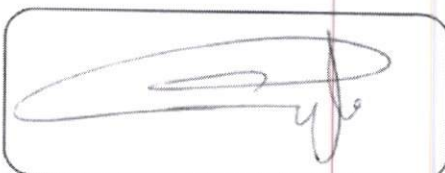
Oui ☐

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 Casa, le 02/09/22

Signature de l'adhérent :



الدار البيضاء في.....
18 FEB 2019

المملكة المغربية
وزارة الداخلية
ولاية جهة الدار البيضاء سطات
عمالة الدار البيضاء
جماعة الدار البيضاء
عمالة مقاطعة الحي الحسني
مقاطعة الحي الحسني
مديرية المصالح
قسم الشؤون الإدارية والقانونية
مصلحة الحالة المدنية المركزية
مكتب في السلام
عدد 48

شهادة عدم الزواج

نحن رئيس مقاطعة الحي الحسني نشهد بما تبث لدينا
بناء على نتائج البحث الذي أجري من طرف عون السلطة محمد الرحمان النعماني
بدائرة: الحي الحسني
أن السيد (ة): مليكة فارس
الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 8259707
السكانة ب: 95 نقطة الدراجوان شقة 4 في الراجة البيضاء
لم تتزوج منذ وفاة زوجها: البشير مافران
المتوفى بتاريخ: 05 فبراير 2019
رسم الوفاة رقم: 433 أ ن و
سلمت هذه الشهادة للإدلاء بها عند الحاجة.

إمضاء: ضابط الحالة المدنية بالتفويض
ضابط الحالة المدنية بالتفويض
سيد السلام



AVIS DE DEBIT

AG : C.A AL MASSIRA
CASA

N° COMPTE : 0108140516410119

MADRANE EL MEHDI

veuillez noter que nous portons au débit de votre compte l'écriture ci-dessous :

	MONTANT	DATE VALEUR
REGLEMENT COTISATION FDS MLE 00318 FARESS MALIKA VVE MADRANE En faveur de MUPRAS RIB : 021780000002701515488123	13 335,93 DH	07/07/2022

Veuillez agréer nos salutations distinguées

Société anonyme au capital de 4 227 676 500,00 dhs - RC n° 58873/Rabat - IF 03301185



Edité le : 09/08/2022 09.35.51

ORDRE DE VIREMENT

Edité par : 8289

108 CASA MASSIRA - CA

Référence : VIR-108-22009645

Date Opération : 07/07/2022

Date Valeur : 07/07/2022

N° de compte : 0108140516410119

Intitulé MADRANE EL MEHDI

Adresse ANGLE RUE D'AIX ET RUE LAHCEN OMAR
RESIDENCE EGLANTINE QUARTIER OASIS
CASABLANCA CASABLANCA 20410 MAROC

Par le **DEBIT** de mon (notre) Compte, veuillez exécuter l'opération suivante :

Montant : 13,335.93 **DH**
treize mille trois cent trente cinq MADs et quatre vingt treize Centimes

Objet : COTISATION FDS MLE 00318 FARESS MALIKA VVE MADRANE

Bénéficiaire : MUPRAS

R.I.B. : 021780000002701515488123

Banque : CDM

Ville

CASABLANCA

Le Client





الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني
Dr. Jamal BENNANI

Casablanca, le : 31/08/22

NOM : FARESS
PRENOM : Malika

Panoramique dentaire

- Pour bilan dentaire .
- Absence de granulome apical ou de kyste radiculaire.
- Absence de lésion osseuse focale.

CONFRATERNELLEMENT

DR. J. BENNANI

RADIOLOGIE SOCRATE
Dr. BELCADI - Dr. BENNANI
Angle Bd. Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca
Tél : 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05



الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني
Dr. Jamal BENNANI

CASABLANCA 31/08/22

NOM : FARESS
PRENOM : Malika

Radiographie pulmonaire de face

- Absence de foyer parenchymateux d'allure évolutive .
- Silhouette cardio-médiastinale de dimensions normales
- Culs de sac pleuraux libres .

CONFRATERNELLEMENT

DR.J.BENNANI

RADIOLOGIE SOCRATE
DR. BELCADI - DR. BENNANI
Angle Bd. Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca
Tél : 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

ORDRE DE VIREMENT

Edité le : 09/08/2022 09.35.51

Edité par : 8289

108 CASA MASSIRA - CA

Référence : VIR-108-22009645

Date Opération : 07/07/2022

Date Valeur : 07/07/2022

N° de compte : 0108140516410119

Intitulé MADRANE EL MEHDI

Adresse ANGLE RUE D'AIX ET RUE LAHCEN OMAR
RESIDENCE EGLANTINE QUARTIER OASIS
CASABLANCA CASABLANCA 20410 MAROC

Par le **DEBIT** de mon (notre) Compte, veuillez exécuter l'opération suivante :

Montant : 13,335.93 DH

treize mille trois cent trente cinq MADs et quatre vingt treize Centimes

Objet : COTISATION FDS MLE 00318 FARESS MALIKA VVE MADRANE

Bénéficiaire : MUPRAS

R.I.B. : 021780000002701515488123

Banque : CDM

Ville

CASABLANCA

Le Client





AVIS DE DEBIT

AG : C.A AL MASSIRA
CASA

N° COMPTE : 0108140516410119

MADRANE EL MEHDI

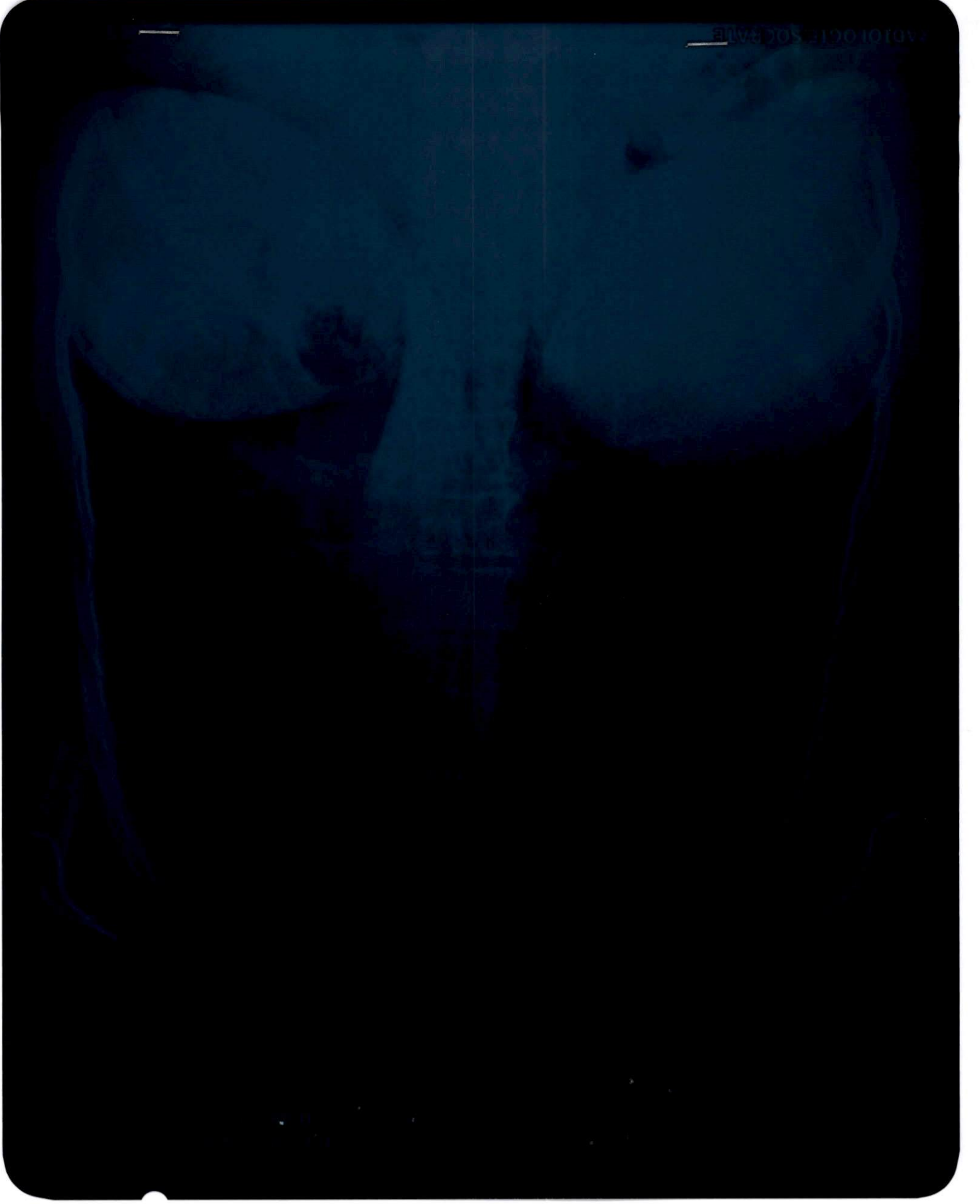
veuillez noter que nous portons au débit de votre compte l'écriture ci-dessous :

	MONTANT	DATE VALEUR
REGLEMENT COTISATION FDS MLE 00318 FARESS MALIKA VVE MADRANE En faveur de MUPRAS RIB : 021780000002701515488123	13 335,93 DH	07/07/2022

Veuillez agréer nos salutations distinguées

Société anonyme au capital de 4 227 676 500,00 dhs - RC n° 58873/Rabat - IF 03301185





PANORAMIQUE
RADIOLOGIE SOCRATE

FARESS MALIKA

WW 1023
WC 51
31/08/2022

DT

Ex: 1001
Serie: 1001
Image 1001+C

VisionPACS 2009

PANORAMIQUE

RADIOLOGIE SOCRATE
FARESS MALIKA

31/08/2022
09h00m47

WW 1062
WC 284

Ex: 1001
Serie: 1001
Image 1001+C

VisionPACS 2009

31/08/2022
09h00m47

RADIOLOGIE SOCRATE
FARESS MALIKA