

CONFIDENTIEL

MR 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 : Dalika

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

Situation familiale :

- Marié/Mariée
- Célibataire
- Veuf/Veuve
- Divorcé/Divorcée

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

Adresse : HAY RAHA Rue Alouz joyane 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 Artérielle <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Asthme <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Tuberculose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diabète <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Du sang <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des oreilles <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Du cœur <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Articulation et Squelette <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- 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 Taiglycérides

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Code Procédure : PR4

Version : 1.0

Date : 27/05/2022

3. Avez-vous pris des médicaments ?
Non Oui Lesquels : B.I.P.R.E.L 10 mg
4. Avez-vous subi des examens de sang ou des radiographies :
Non Oui

DATE	NATURE	RESULTATS
<u>27/07/22</u>	<u>cholesterol</u> <u>Triglycérides</u> <u>Glycémie</u>	<u>2,05</u> <u>1,37</u> <u>2,97</u>

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 du 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

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Code Procédure : PR4

Version : 1.0

Date : 27/05/2022

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 bonne état de santé à ce jour.

Fait à Casablanca....., le 02/09/22

Signature de l'adhérent :

الدار البيضاء في.....

18 FEV 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 و القانونية
مصلحة حالة المدينة المركزية
مكتب ٤٨ الملاضر
عدد ٤٨

شهادة عدم الزواج

نحن رئيس مقاطعة الحي الحسني نشهد بما تبث لدينا
بناء على نتائج البحث الذي أجري من طرف عون السلطة محمد الرحمة (النعمانى)

بدائرة: الحي الحسني

أن السيد (ة): ململة فارس

B259707

الحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم:
الساكنة ب: ٩٥ زنقة الأرجوان بسنة ٦ الراشدية

لم تتزوج منذ وفاة زوجها: البشير ماهران

المتوفى بتاريخ: ٥ يناير ٢٠١٩

رسم الوفاة رقم: ٤٣٣ ١٧٩

سلمت هذه الشهادة للإدلاء بها عند الحاجة.

إمضاء: ضابط الحالة المدنية بالتفويض

ضابط الحالة المدنية بالتفويض

سيدي بوعاصي



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	13 335,93 DH	07/07/2022
En faveur de MUPRAS RIB : 021780000002701515488123		

Veuillez agréer nos salutations distinguées

Société anonyme au capital de 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 Casablanca
Tél. 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05



الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاذه 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

RADIOLUGIE SULKAI
Dr. BELCADI - Dr. BENNANI
Angle Bd Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine Rés Anfa Casablanca
Tél 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

Editor le : 09/08/2022 09.35.51

Editor par : 8289

ORDRE DE VIREMENT

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



ELV420531201010V2

