

**MUPRAS**Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc**FICHE MEDICALE D'ADMISSION**☒ ADHERENT ☐ CONJOINT ☐ ENFANTNom : Hamani Hamani Prénom : AbdelhakMatricule : 04254 Date de naissance : 01-07-1950 Sexe : MDate : 22/06/2022Médecin : Dr ZOHEIR Fatima

Ex. clinique : Poids

72 kg

Coeur

RAS

T.A.

128/82

Ap. resp

RAS

Ap. dig

RAS

Urines

A

S

Hernies

Râle

Varices

Réflexes

Ex. complémentaires :

de Po  
Sous réserve Bilan Biologique à l'air (pourrait-il  
non fait depuis  
15 Ans !!)

Antécédents :

Tabagisme feré - Vacciné Covid.Diabète = 0HTA = 0Bilan Biologique pourrait-il 15 Ans non faitexamen = TA = 128/82= Asymptomatique (surtout-tit)= poids très ferus= ps de souffle cardiaque - ps de fibrillations= bien orienté - pas de dépitEup = Rpas de ligne intumescenceps de tb de conduction=> exam clinique sans perturbations

ACCORD MUPRAS :

achevant (à jour)



51

OBSERVATIONS : .....

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no text or other markings on the paper.[illegible]

# Visite Médicale de Réintégration

Kenza Belatik <k.belatik@mupras.com>

ven. 20/05/2022 15:09

Boîte de réception

À : ADHÉSION <adhesion@mupras.com>; s.nasrallah <s.nasrallah@mupras.com>;

c.ca.sami@mupras.com <a.sami@mupras.com>; Lahcen Ait taleb ali <l.aittalbali@mupras.com>; m.elfakir@mupras.com  
<m.elfakir@mupras.com>; Nouredine Bounniyt <n.bounniyt@mupras.com>;

📎 2 pièce(s) jointe(s) (370 Ko)

Recu paiement Cotisation.jpg; Recu paiement FDS.jpg;

Bonjour ,

✓ Je vous prie de déclencher une visite médicale de réintégration en faveur de M HANCHI AMRANI ABDELHAI.

Cordialement



MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

## BELATIK KENZA

### Assistante Sociale

Tél : 00212 522 204 545 LG

GSM : 00212 667 945 593

Direct : 00212 522 028 213

Fax : 00212 522 227 818

Centre d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca





MLE	04251		
Nom & Prénom	HANCHI AMRANI ABDELHAI		
	pecul		5810,88
	CNSS		3 610,66
	CIMR		912,71
	BASE		4 523,37
<b>Cotisation</b>	<b>nbre mois</b>	<b>Taux</b>	<b>Montant</b>
03/2010 à 06/2010	4	3%	697,31
07/2010 à 02/2016	80	3%	10 856,09
03/2016 à 02/2017	12	3,4%	1 845,53
03/2017 à 02/2018	12	3,8%	2 062,66
03/2018 à 05/2022	51	4,2%	9 689,06
			<b>25 150,64</b>
<b>FDS</b>	<b>nbre année</b>	<b>MT /année</b>	<b>Montant</b>
2014 -2022	9	240	<b>2 160,00</b>

#### CONDITION DE REINTEGRATION

la validation de votre réintégration à la Mupras est soumise aux conditions suivantes :

- 1- Paiement de la totalité de la cotisation non réglé
- 2-Visite médicale au près du médecin conseil de la Mupras ;
- 3-Versement de 3 (trois) mois sans bénéficié de la couverture mutuelle (aucun dépôts de feuille de mutuelle ou Prise en charge avant l'écoulement des trois mois à compter de la date de réintégration à savoir (date de paiement) ;
- 4-Les frais médicaux ou chirurgicaux dus à des maladies graves ou malformations décelées au cours de cet examen, ne donnent lieu à aucune prestation sauf preuves justifiant l'antériorité de la couverture médicale.



**BMCI**  
GROUPE BNP PARIBAS

**BORDEREAU DE VERSEMENT**  
Versement Client TPE

AGENCE : 1104 CASA MED V 19/05/2022  
COMPTE : 0107621604900185 MAD ETS MUPRAS  
REFERENCE : 1104 10 10 030 007 1008/89  
NUM CAISSE : 1104 007 A68199  
A VOTRE CREDIT : 2160,00 MAD  
TIMBRE FISCAL 1,00 MAD  
MATRICULE 4251 ABDELHAI HANCHI AMRANI C1545

SIGNATURE AGENT

SIGNATURE CLIENT



Le présent bordereau de versement est établi en deux exemplaires. L'un est remis au client et l'autre est conservé par la banque. Le client est tenu de présenter ce bordereau à la banque lors de son versement. Le client est responsable de la régularité des données fournies. Le client s'engage à payer le montant indiqué à la date indiquée. Le client s'engage à fournir les justificatifs nécessaires à la régularité des données fournies. Le client s'engage à fournir les justificatifs nécessaires à la régularité des données fournies.



BORDEREAU DE VERSEMENT  
Versement Client TPE

AGENCE : 1104 CASA MED V 19/05/2022  
COMPTE : 0107621604900165 MAD  
REFERENCE : 1104 10 10 030 007 1008293  
JUM CAISSE : 1104 007 A68199  
VOTRE CREDIT : 25150.64 MAD  
IMBRE FISCAL 1.00 MAD  
ATRICULE 4251 ABDELHAI HANCHI AMRANI C1545

ETS MUPRAS

SIGNATURE AGENT :

SIGNATURE CLIENT :





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 : HANCI AMRANI PRENOM : Abdelhak

Date de naissance : 01.07.50 Lieu de naissance : FES

Situation familiale :

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

GSM : 06 22 68 93 29

Adresse : 84 Rue Mohamed Diouzi casa

Amfa Tél : 05 22 44 77 74

Matricule : 4251 Fonction : Agent

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

-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 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

☒

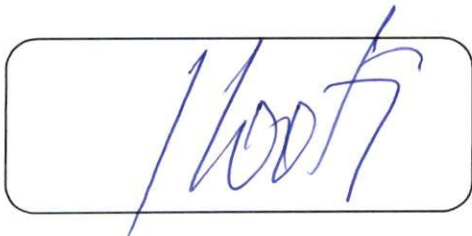
Non

☐

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 bonne état de santé à ce jour.

Fait à Casa, le 09-06-2022.

Signature de l'adhérent :





31/2022

Casablanca, le 09-06/2022

**Docteur ZOUHAIR FATIMA**

230 BD BRAHIM ROUDANI 3ème ETAGE

N° 18 MAARIF

CASABLANCA

TEL : 05 22 25 21 81

**OBJET: VISITE D'ADMISSION**

Cher Docteur,

Je me permets de vous confier pour visite d'admission Monsieur HANCHI AMRANI  
ABDELHAI

(Matricule 04254).

Veuillez agréer, Cher Docteur, l'assurance de mes sincères salutations.

Pièces Jointes :

☒ Fiche médicale  
d'admission

**L. AITTALB ALI**

Directeur MUPRAS

*OK ce jour  
le 22/06/2022*

*Dr ZOUHAIR Fatima  
Cardiologue  
230, Bd Brahim Roudani  
Maarif - Casablanca*



Hanchi amrani, Abdelhai

ID:

D-naiss01-Jul-1950

71ans, Masc

22-Jul-2022 16:36:15

Fréq. Card. 73 BPM

Int PR 182 ms

Dur. QRS 82 ms

QT/QTc 351/377 ms

Axes P-R-T 62 51 81

