



FICHE MEDICALE D'ADMISSION

ADHERENT CONJOINT ENFANT



Nom : Hanchi Amrani

Prénom : Abdelhai

Matricule : 01254

Date de naissance : 01-07-1950 Sexe : M

Date : 22/06/2022

Médecin :

Ex. clinique : Poids

72 kg

Uries
[A
S]

Coeur

RAS

Hernies

T.A.

128 / 82

Râte

Ap. resp

RAS -

Varices

Ap. dig

RAS -

Réflexes

Ex. complémentaires :

Sous réserve Blau Biologique à boire (pourrait-il faire des!!)

Antécédents : Tabagisme fini - Vacciné covid.

Diabète = 0 HTA = 0

Blau Biologique pourrait-il nous faire.

examens = TA = 128/82.

= oxygénation (faible-t'il).

= pouls très faible.

- ps le poitrine cardiaque - ps de battements

- bruit oriental - pas de débit

hyp = RS

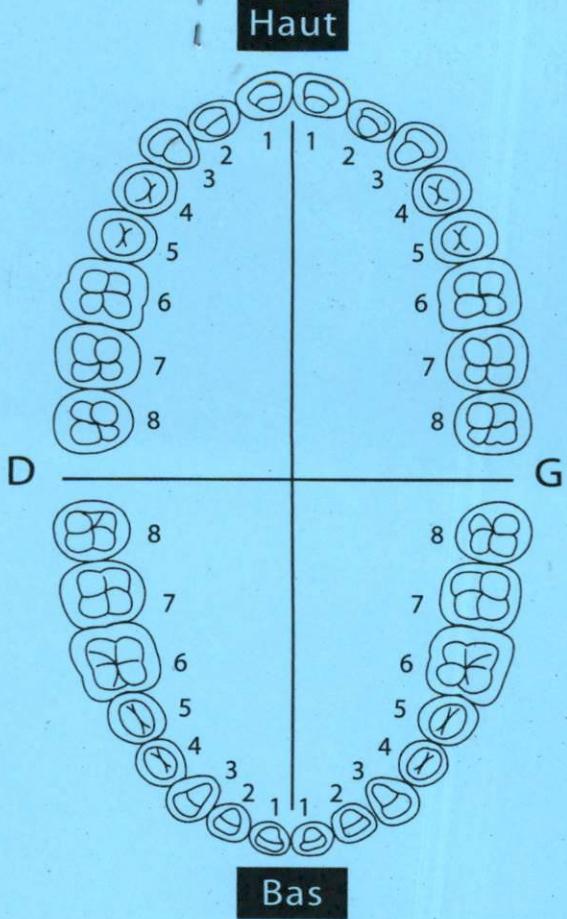
pas de liquide intrapéritonéal

pas de fb de condensation

=> exam clinique pour formuler une hypothèse

achevant (à jour).

ACCORD MUPRAS :



VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

OBSERVATIONS :

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>;
Cc:a.sami@mupras.com <a.sami@mupras.com>; Lahcen Ait taleb ali <l.aittalbali@mupras.com>; m.elfakir@mupras.com
: <m.elfakir@mupras.com>; Noureddine 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

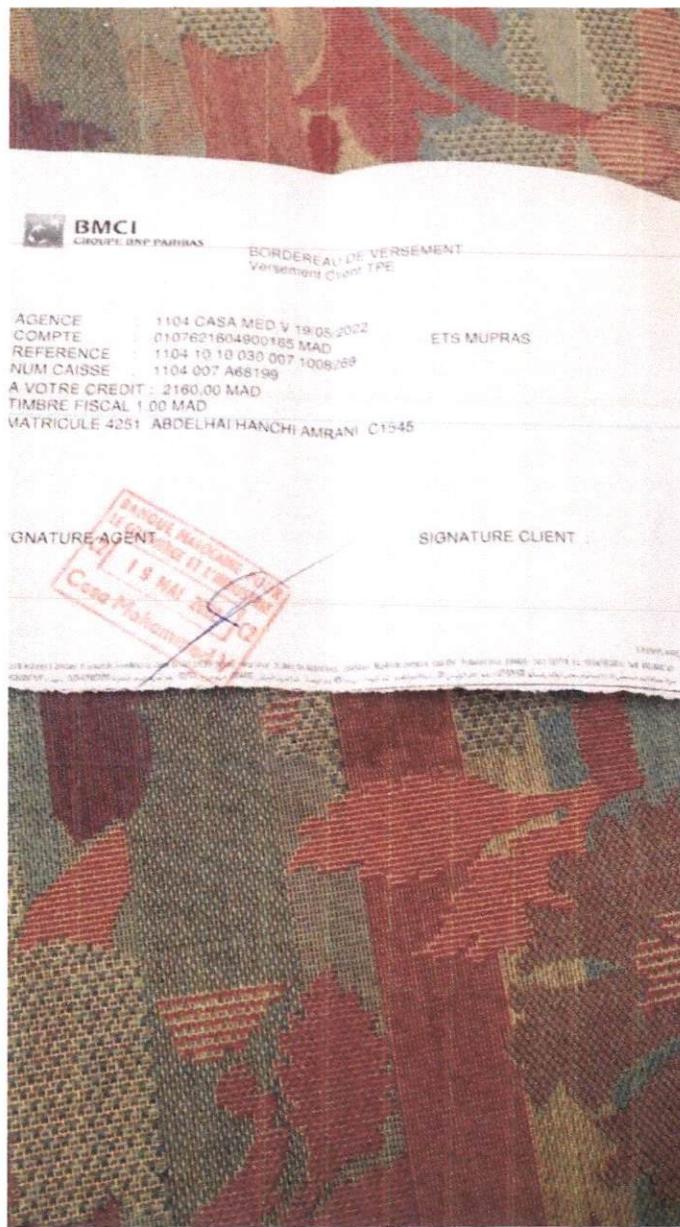


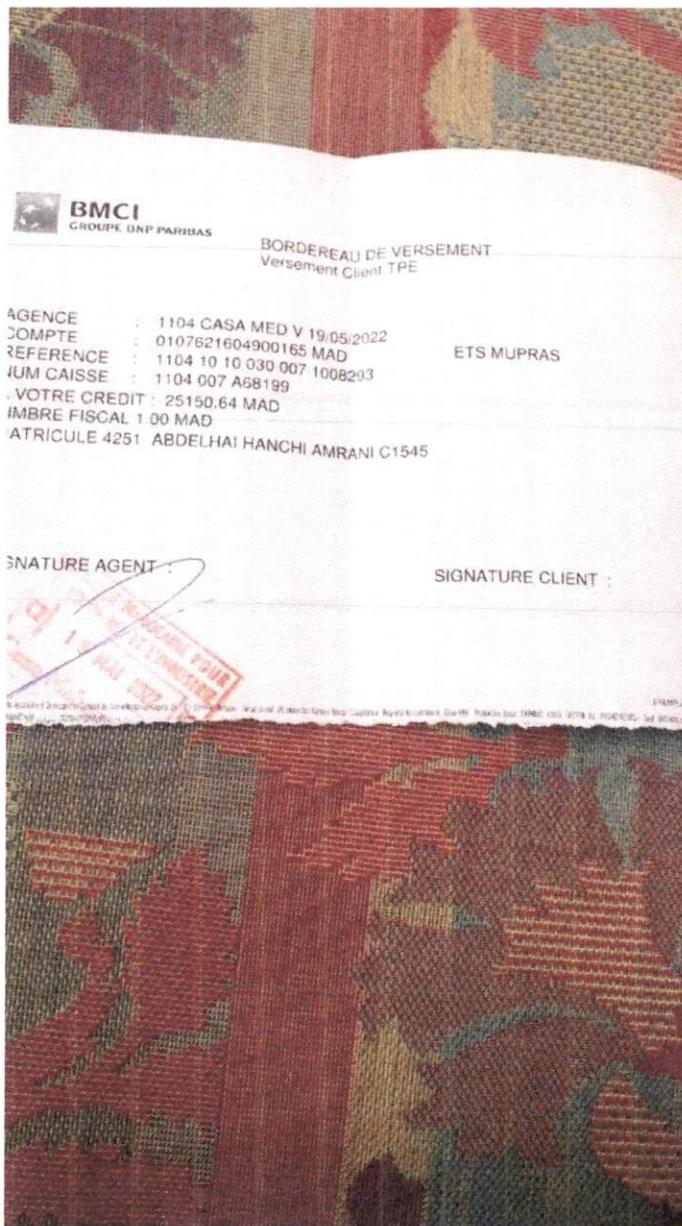
MLE	04251			
Nom & Prénom	HANCHI AMRANI ABDELHAI			
	pecul		5810,88	
	CNSS		3 610,66	
	CIMR		912,71	
	BASE		4 523,37	
Cotisation	nbre mois	Taux	Montant	
03/2010 à 06/2010	4	3%	697,31	
07/2010 à 02/2016	80	3%	10 856,09	
03/2016 à 02/2017	12	3,4%	1 845,53	
03/2017 à 02/2018	12	3,8%	2 062,66	
03/2018 à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

CONDITION DE REINTEGRATION

la validation de votre réintégation 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 bénéficier 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.





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 : Hawelti AMRANI PRENOM : Abdelhaf
 FE'S

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

- Vertiges

- Toux

- Eternuements

- Crachats

- Mal de tête

- Essoufflements

- Mal dus dos

- Difficultés

- Diarrhée

de respirer

- Constipation

- Brûlures des urines

-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-vous 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 :

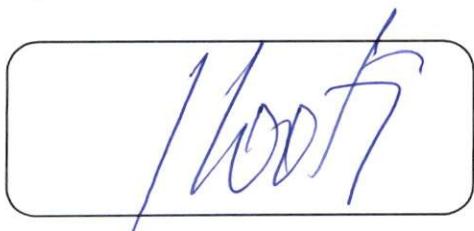
15. Pratiquez-vous une activité sportive ?

 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 casse, 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

Me le four
le 22/06/2011

L. AITTALB ALI

Directeur MUPRAS



Fréq. Card. 73 BPM
Int PR 182 ms
Dur.QRS 82 ms
QT/QTc 351/377 ms
Axes P-R-T 62 51 81

