

CONFIDENTIEL

MUPRAS

(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 : KECHAR PRENOM : Latifa

Date de naissance : 01/01/1949 Lieu de naissance : TAZA

Situation familiale :

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

GSM : 06.32.71.23.42

Adresse : Résidence du Sud n° 16 Appartement n° 11 3ème
étage bd 9 Avril Palmiers Tél :

Matricule : 13.12 casablanca Fonction : Retraitee

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
- Allergie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Asthme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Articulation et Squelette	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rénale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dermatologique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Du foie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gynécologiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autres :			
Lesquelles :			

3. Avez-vous pris des médicaments ?

 Non

 Oui

 Lesquels : *traitement PRÉZAR long (extension)*
4. Avez-vous subi des examens de sang ou des radiographies :

 Non

 Oui

:

DATE	NATURE	RESULTATS
<i>2021</i>	<i>bilan général</i>	<i>bons dans l'ensemble</i>
<i>2022 + 2023</i>	<i>.. ..</i>	<i>.. ..</i>

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 du 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 : *4* Nombre de Fausse-couches : *2*

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





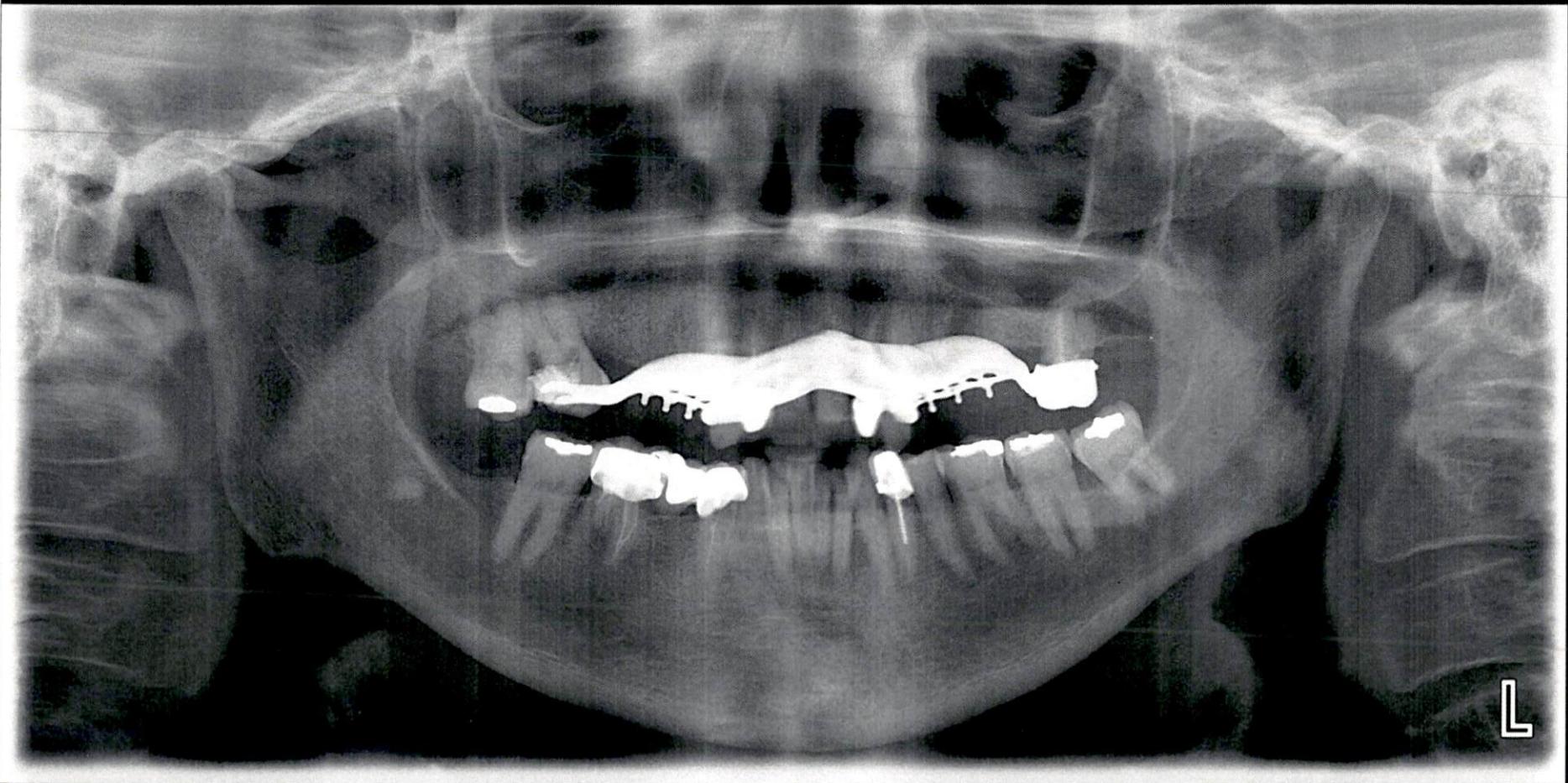
العنوان: 15 شارع 9 أفريل ثالث الحرب طبق 002 عد 11 حي السهل العراليه
المدن: 15 APRIL 9TH WAR STREET 002 11 SHEL AL-URALIYAH

IDMAROP17NVWV<7B331614<<<<<<<
4901013F3212286MAR<<<<<<<<<<<<
KECHAR<<LATIFA<<<<<<<<<<<<

KECHAR LATIFA, 01/01/49
ID 278734

Centre de Radiologie AL WILAYA

Scale: 100%



20/06/23 64,0kV 6,3mA 15,8s 72,5mGy×cm²



Dr. M. ALAOUI BOUHAMID

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 20 Juin 2023

NOM ET PRENOM: KECHAR LATIFA

EXAMEN REALISE : PANORAMIQUE DENTAIRE

RÉSULTAT :

- Dentition de type adulte.
- Multiples secteurs édentés.
- PPA amovible.
- Couronne de la 34, avec bridge de la 44 à la 46.
- Absence d'anomalie focale suspecte de la trame osseuse.
- Fonds des sinus maxillaires libres.
- ATM en place.

En vous remerciant de votre confiance

DR M. ALAOUI BOUHAMID

Dr. M. ALAOUI BOUHAMID
Médecin Radiologue

Dr. M. ALAOUI BOUHAMID

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 20 Juin 2023

NOM ET PRENOM: KECHAR LATIFA

EXAMEN REALISE : RX PHOTO THORAX

Résultats :

- Émoussement du cul de sac pleural gauche.
- Respect du cul de sac pleural droit.
- Absence de foyer de condensation parenchymateux décelable sur cet examen.
- Silhouette cardio-médiastinale normale.

En vous remerciant de votre confiance

DR M. ALAOUI BOUHAMID

Dr. M. ALAOUI BOUHAMID
Médecin Radiologue

F-23-06-0369-073

F 23-06-0369-073 KECHARJAAN LA WILAYA
20 06 2023
RADILOGIE LA WILAYA