

**MUPRAS**Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc**FICHE MEDICALE D'ADMISSION** ADHERENT CONJOINT ENFANTVeue **EL FRAYGUI**Nom : **chibani**Prénom : **Aicha**

Photo

Matricule : **02353**Date de naissance : **04/05/1970** Sexe : **F**Date : **13.11.13**

Médecin :

Ex. clinique : Poids

85 kg

Coeur

N

T.A.

120 / 70 mmHg

Ap. resp

N

Ap. dig

NUries [**A**
S]

Hernies

N

Râte

N

Varices

N

Réflexes

N**N****N****N****N**

Ex. complémentaires :

Elh en typho rephler dinne

Antécédents :

Delirium APIE

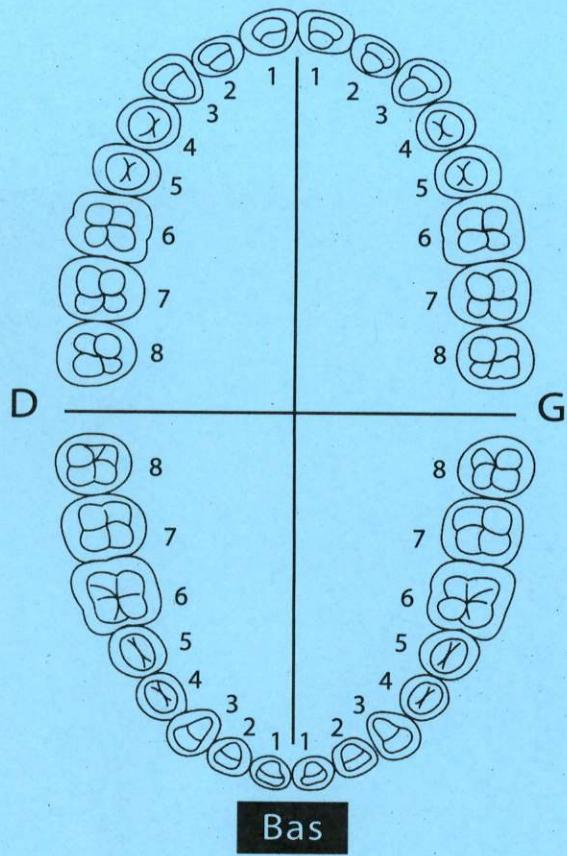
ACCORD MUPRAS :

**Acc f
S/R Regl.****23
01
24****MRSAMI President, CA**

Haut

VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

OBSERVATIONS :



ADHERENT

Nom : chikri Prénom : Aicha
 Adresse : Rue Arzachan Rest Kanga qtl la girande N° CIN : F509631
 Sexe : M F Situation de Famille : veuve
 Fonction actuelle : Sans Date de Naissance : 15.1970
 Date d'entrée en fonction : Matricule : 000 E353
 N° GSM: 0661160727 Tél FIXE:
 Email: aicha.schacha.01.05@gmail.com

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom		Sexe	Date de Naissance		Profession
	CC 1			M	F		
	CC2			M	F		
	CC3			M	F		
	CC4			M	F		
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe		Date de Naissance	Scolarisé (e)	Célibataire
	E 01		M	F		OUI	NON
	E 02		M	F		OUI	NON
	E 03		M	F		OUI	NON
	E 04		M	F		OUI	NON
	E 05		M	F		OUI	NON
	E 06		M	F		OUI	NON
	E 07		M	F		OUI	NON
	E 08		M	F		OUI	NON
	E 09		M	F		OUI	NON
	E 10		M	F		OUI	NON

DECLARATION DE L'ADHERENT

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

 Profession : Diana

 Bénéfice-t-il d'une Couverture Médicale ou d'assistance ? Oui Non

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ?

 Bénéfice-t-il d'une Couverture Complémentaire Oui Non

 Est-il affilié à la CNSS (si oui mentionner le N°) : Oui Non - Numéro : 292129028

 Est-il affilié à la CMR (si oui mentionner le N°) : Oui Non - Numéro : 092630

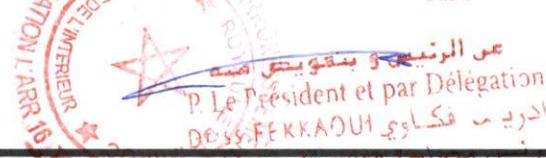
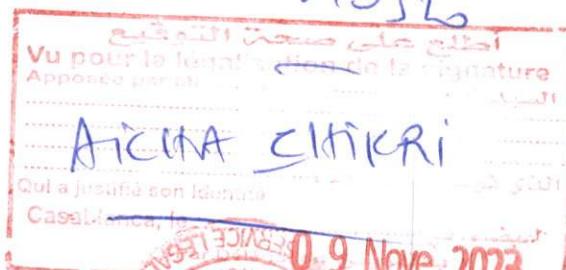
Je déclare sur l'honneur exactes et sincères les réponses ci-dessus.

Je reconnais que toute réticence, omission ou fausse déclaration entraînerait la nullité de mon adhésion conformément aux dispositions en vigueur.

 Fait à Casablanca Le 9/11/2023

 Signature de l'Adhérent. 

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)



MLE	02353		
Nom & Prénom	AICHA CHIKRI		
CNSS	1638		
CIMR	1401,74		
BASE	3039,74		
Cotisation	nbre mois	Taux	Montant
01/2009 au 02/2016	86	0,03	7842,53
03/2016 à 02/2017	12	0,034	1240,21
03/2017 à 02/2018	12	0,038	1386,12
03/2018 à 08/2023	66	0,042	8426,16
		NET à PAYER	18895,02
FDS	nbre mois	MT MENS	Montant
01/2014 au 02/2016	26	10	260,00
03/2016 à 02/2017	12	10	120,00
03/2017 à 02/2018	12	10	120,00
03/2018 à 08/2023	66	10	660,00
		NET à PAYER	1160,00
		TOTAL	20055,02







CHIKRI AICHA

04/05/1970

RADIOLOGIE OUED EL MAKHACHINE

Rue 4ème

40000 TLE

P1; 07/11/2023 09:43:01; PDS : 67 mGy·cm²



Zoom 0.71

DROIT





الغدص بالأشعة واد المخازن

Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور خالد براادة السواني

خريج كلية الطب
بمونبولي

CASA LE 07.11.2023

I.R.M

SCANNER SPIRALE
CORPS ENTIER - 3D
Multi-barrettes

RX PANOREX :

- *Retrait de la crête alvéolaire.*
- *Bridge du secteur 2 en place.*
- *Trame osseuse homogène.*
- *Quelques lésions carieuses.*
- *ATM sans particularité.*

POUMON FACE :

- *La transparence parenchymateuse est normale.*
- *Les culs de sac costo-diaphragmatiques sont libres.*
- *La silhouette cardio-médiastinale est respectée.*

CONFRATERNELLEMENT
DR. BERRADA SOUNNI K.



05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41 - الهاتف: (ساحة واد المخازن) - الدار البيضاء

12, Rue d'Alger (Place Oued El Makhazine) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41

E-mail : radiologie.om@gmail.com

Patient name: AICHA CHIKRI
Patient birthdate: 1970-01-01
Doctor name: DR LEBBAR

Patient code: CHIKRI
Patient sex: Female

INNOMED
Innomed Medical

Institute name: DR LEBBAR

Record time: 2023-11-13 09:58:35

