

FICHE ADMINISTRATIVE ADHERENT

ADHERENT

Nom : MEGGUEN Prénom : MOHAMED
 Adresse : Résidence ANNA J.D. imb.23 Apt 242 N° CIN : B 44 1195
site plateau casablanca
 Sexe : M F Situation de Famille : MARIÉ
 Fonction actuelle : Retraite Date de Naissance : 25-10-1961
 Date d'entrée en fonction : 25/10/2021 Matricule : 3649
 N° GSM: 06 61 514 819 Tél FIXE: 05 22 23 3181
 Email: megguen@hotmail.com

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

	Code	Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance	Profession
	CC 1	<u>BENCHERKOUN MERIEME</u>	M F	<u>06/10/1971</u>	<u>sans</u>
(CC) Conjoint (s)	CC2		M F	7	7
	CC3		M F	7	7
	CC4		M F		
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)
	E 01	<u>OTHMANE</u>	M F	<u>21/04/2000</u>	<u>OUI</u> NON <u>OUI</u> NON
	E 02		M F		<u>OUI</u> NON <u>OUI</u> NON
	E 03		M F		<u>OUI</u> NON <u>OUI</u> NON
	E 04		M F		<u>OUI</u> NON <u>OUI</u> NON
	E 05		M F		<u>OUI</u> NON <u>OUI</u> NON
	E 06		M F		<u>OUI</u> NON <u>OUI</u> NON
	E 07		M F		<u>OUI</u> NON <u>OUI</u> NON
	E 08		M F		<u>OUI</u> NON <u>OUI</u> NON
	E 09		M F		<u>OUI</u> NON <u>OUI</u> NON
	E 10		M F		<u>OUI</u> NON <u>OUI</u> NON



DECLARATION DE L'ADHERENT

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Profession :*Sans*.....

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

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ?*MUPRAS*.....

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

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

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

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 *15/02/2022*

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Lu et Approuvé
MEGGOUH
M. 3649

