



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

*Reintégration*

**FICHE MEDICALE D'ADMISSION**

☐ ADHERENT ☐ CONJOINT ☐ ENFANT

Photo

Nom : EL HANKAOU Prénom : NOURDDINE

Matricule : 11236 Date de naissance : 31/10/1957 Sexe : M

Date : 20.10.23 Médecin : \_\_\_\_\_

Ex. clinique : Poids 54

Coeur OK

T.A. 11/7

Ap. resp OK

Ap. dig OK

Urines [ A OK  
S OK

Hernies OK

Râte OK

Varices OK

Réflexes OK

Ex. complémentaires : OK en rythme régulier binaire

Antécédents : Decim APIC

ACCORD MUPRAS : \_\_\_\_\_

A. SAMI

22  
11  
23



OBSERVATIONS : \_\_\_\_\_

ROYAUME DU MAROC  
CARTE NATIONALE D'IDENTITE



المملكة المغربية  
البطاقة الوطنية للتعريف



NOUREDDINE

EL HANKAOUI

Né le

31.10.1957

à BERRECHID

المندوب العام للأمن الوطني

*Signature*

عبد اللطيف حموشي



CAN 528133

N° W45714 رقم

صالحة إلى غاية 07.01.2031 Valable jusqu'au

نور الدين

المعقاي

مزداد بتاريخ

بـ برشيد



EL HANKAOUI NOUREDDINE

0011236



Berrechid le 06/10/2023

Nom et Prénoms: EL HANKAOUI  
Noureddine

Retraité R.A.M

Matricule: 11236

GSM: 06.70.95.19.32

A

Son Excellence Monsieur  
le Directeur Général  
de la MUPRAS

Objet: Demande de Réintégration  
à la MUPRAS

Excellence,

J'ai l'insigne honneur de solliciter de votre  
bonne bienveillance, de bien vouloir accorder ma demande  
cité en objet.

Excellence,

Pour des raisons humanitaires, avons emprunté deux prêts  
de la banque, pour aider ma mère malade.

Excellence,

Pour cette raison, j'ai cessé de payer les cotisations  
de la MUPRAS, et ce à compter du mois Août 2020.

Dans l'attente d'une réponse, que je souhaite  
favorable, Veuillez agréer Monsieur le Directeur  
mes salutations les plus respectueusement dévouées

Ci-joint

- Copie Carte CIN
- Copie Badge
- Attestations CIM et CNSS
- Copies Crédit Banques.



BORDEREAU DE VERSEMENT  
Versement Client TPE

AGENCE : 1076 CASA FAR 19/10/2023  
 COMPTE : 0107621605000172 MAD  
 REFERENCE : 1076 10 10 030 007 2848133  
 NUM CAISSE : 1076 001 E04315  
 A VOTRE CREDIT : 2160.00 MAD  
 TIMBRE FISCAL 1.00 MAD  
 mle 11236

ETS MUPRAS

SIGNATURE AGENT :

SIGNATURE CLIENT :

EXEMPLAIRE CLIENT

Société Anonyme à Dirigeants et Conseil de Surveillance au Capital de 1 927 608 Dinars - Siège social : 25, boulevard des Nations Unies - Casablanca - Registre de commerce : Case 408 - Producteur fiscal : 610-408 - C.I.S. : 192774 - I.T. : 095342300035 - Siret : 604240406 - N° d'identification fiscale : 605474900085 رقم التعريف الضريبي : 605474900085 رقم الترخيص التجاري : 095342300035 - نيت : 1927608 - رقم الرأسمال : 1927608

BORDEREAU DE VERSEMENT  
Versement Client TPE

AGENCE : 1076 CASA FAR 19/10/2023  
 COMPTE : 0107621604900165 MAD  
 REFERENCE : 1076 10 10 030 007 2848126  
 NUM CAISSE : 1076 001 E04315  
 A VOTRE CREDIT : 9850.00 MAD  
 TIMBRE FISCAL 1.00 MAD  
 mle 11236

ETS MUPRAS

SIGNATURE AGENT :

SIGNATURE CLIENT :

EXEMPLAIRE CLIENT

Société Anonyme à Dirigeants et Conseil de Surveillance au Capital de 1 227 830 Dinars - Siège social : 26 place des Nations Unies - Casablanca - Régistre du Commerce : Casa 409 - Producteur fiscal : 8104405 - C.I.S.S. : 1927774 - I.C.E. : 035542000035 - Siret : 044040401  
شركة مساهمة ذات مجلس إشراف ومجلس إدارة رأسمالها ١٢٢٧٨٣٠ ديناراً - المقر الاجتماعي : ٢٦ شارع الأمم المتحدة - الدار البيضاء - السجل التجاري : كاسا ٤٠٩ - المنتج الضريبي : ٨١٠٤٤٠٥ - رقم التعريف الضريبي : ١٩٢٧٧٧٤ - الرقم المميز : ٠٣٥٥٤٢٠٠٠٠٣٥ - سيرت : ٠٤٤٠٤٠٤٠١



**COTISATION**

**BMCI**

**FAR - CASA**

**013780010762160490016548**

**Matricule : 11236**

(À mentionner au niveau de la nature de l'opération)

**Période : du 11/2017 Au 10/2023**

**Montant : 9 850**

**Mode de paiement :**

✓ Par versement d'espèce à la banque

✓ Par virement de compte à compte

**FOND D'AIDE SOCIALE**

**BMCI**

**FAR - CASA**

**013780010762160500017248**

**Matricule : 11236**

(À mentionner au niveau de la nature de l'opération)

**Période : du 11/2017 Au 10/2023**

**Montant : 2160**

**Mode de paiement :**

✓ Par versement d'espèce à la banque

✓ Par virement de compte à compte

*A : Lemica R. Paris*  
*X 26*





CASABLANCA, Le 06/10/2023

## Attestation

Référence : 061023012784381731

Nous soussignés, CAISSE INTERPROFESSIONNELLE MAROCAINE DE RETRAITE, attestons par la présente que M. EL HANKAOUI NOUREDDINE, allocataire n° 219492 est bénéficiaire d'une pension de retraite CIMR d'un montant brut mensuel de : 646,87 dhs.

Délivrée pour servir et valoir ce que de droit

ATTA Yassine



Siège social

Intersection boulevard de l'Aéropostale et boulevard Main Street, Projet  
CASA ANFA, Hay Hassani, Casablanca.

Tél : 05 22 42 48 88

www.cimr.ma - www.cimpro.ma

تقاطع شارعي إيروبوستال و مان ستريت. مشروع الدار البيضاء - أنفا. الحي الحسني. الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 42 48 88

www.cimr.ma - www.cimpro.ma



## شهادة الاستفادة من معاش

### Attestation de bénéfice d'une pension

قطب التعويضات  
Pôle Prestations  
مديرية التعويضات العائلية والاجتماعية  
Direction des Prestations  
Familiales et Sociales

Attestation n° :

B20230000313439

شهادة رقم :

Le Directeur Général de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (1) atteste que :

يشهد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أن (1) :

Madame / Monsieur :

EL HANKAOU NOUREDDINE

السيد (ة) :

Titulaire de la CNI N° (2) :

W45714

الحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف رقم (2) :

Immatriculé(e) à la CNSS sous le numéro :

115095252

المسجل (ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تحت رقم :

Perçoit une pension de (3) :

Pension de vieillesse

(ت) يتقاضى معاشاً ل (3) :

à compter de :

01/11/2017

ابتداء من :

Dont le montant est détaillé comme suit (en Dirham) :

قدره و تفصيله كالتالي ( بالدرهم ) :

	Mensuel	الشهري	Trimestriel	الدوري	Annuel (4)	المسنوي	
Montant Brut	3710.48		11131.44		44525.76		المبلغ الخام
Prélèvement des cotisations AMO	0.0		0.0		0.0		اقتطاع اشتراكات التأمين الإجباري عن المرض
Prélèvement de l'IR	0.0		0.0		0.0		اقتطاعات الضريبة عن الدخل
Montant Net	3710.48		11131.44		44525.76		المبلغ الصافي

La présente attestation est délivrée à l'intéressé(e), sur sa demande, pour servir et valoir ce que de droit,

وقد سلمت هذه الشهادة، للمعني(ة) بالأمر بناء على طلبه (ها) قصد الإدلاء بها عند الاقتضاء .

" Sous réserve de toute erreur ou omission ou en cas de service indûment de prestations ou suite à toutes modifications opérées ultérieurement à l'occasion des vérifications ou contrôles effectués par les services de la CNSS, selon la réglementation et les procédures en vigueur "

" مع جميع التحفظات المتعلقة بالخطأ أو النسيان أو الاستفادة من تعويضات بدون حق أو التعديلات التي يمكن إجراؤها لاحقاً في إطار عمليات المراجعة أو المراقبة التي تقوم بها مصالح الضمان الاجتماعي وفقاً للقوانين و المساطر المعمول بها "

Cette attestation a été délivrée par la CNSS, en ligne, via le portail Assuré :

سلمت هذه الشهادة من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ، عبر بوابة المؤمن له :

[https://www.cnss.ma/Portail\\_cnss/](https://www.cnss.ma/Portail_cnss/)

[https://www.cnss.ma/Portail\\_cnss/](https://www.cnss.ma/Portail_cnss/)

Le (en chiffres) :

0 2 1 0 2 0 2 3

في (بالأرقام) :

(en lettres) :

Deux octobre deux milles vingt trois

(بالحروف) :

Pour vérifier l'authenticité de la présente attestation et son contenu, veuillez visiter le site Web: [www.cnss.ma](http://www.cnss.ma), Rubrique (Services en ligne Vérification de l'authenticité des attestations) en renseignant le numéro de référence de l'attestation affiché en haut.

للتحقق من صحة هذه الشهادة و مضمونها، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني: [www.cnss.ma](http://www.cnss.ma) ، فقرة (خدمات يمكن التحقق من صحة الشهادات) وإدخال رقم الشهادة ورقم التسجيل المشار إليهما أعلاه.

- (1) Ou son représentant.
- (2) Ou N° Passeport / N° Carte Résidence
- (3) Type de pension conformément aux dispositions du Dahir n° 1.72.184 du 15 Joumada II 1392(27 juillet 1972) instituant le régime de sécurité sociale tel qu'il a été modifié et complété (articles 43,53 et 57)
- (4) Année en cours
- (5) Selon la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base gérée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale
- (6) En application des dispositions de l'article 2 portant code de la couverture médicale de base.
- (7) En application des dispositions de l'article 3 du décret n° 2-05-734 du 11 joumada II 1426/18 juillet 2005 fixant le montant minimum de la pension servie sur lequel s'applique le taux de cotisation due à la CNSS au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base.
- (8) En application des dispositions Article 114 de loi n° 65-00 régissant, entre autres, les pensionnés bénéficiant d'une couverture médicale de base autre que l'AMO.

- (1) و من يفوض له ذلك.
- (2) أو رقم جواز السفر / رقم بطاقة الإقامة
- (3) عية المعاش طبقاً لمقتضيات الظهير رقم 1.72.184 المؤرخ في 15 جمادى الثانية 1392 الموافق 27 يوليوز 1972 المتعلق بنظام الضمان الاجتماعي كما تم تعديله و تنميته (فصول 43، 53 و 57)
- (4) السنة الجارية
- (5) طبقاً للقانون 65-00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية المدبرة من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.
- (6) طبقاً لمقتضيات الفصل 2 من القانون 65-00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.
- (7) طبقاً لمقتضيات الفصل 3 من المرسوم رقم 02-05-734 الصادر في 11 جمادى الثانية 1426 الموافق ل 18 يوليوز 2005 المتعلق بالحد الأدنى للراتب الذي تطبق عليه نسبة الاشتراكات الواجبة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.
- (8) طبقاً لمقتضيات الفصل 114 للقانون 65-00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية و الذي يتعلق بأصحاب المعاشات الذين يستفيدون من التغطية الصحية الأساسية الغير المدبرة من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

تم معالجة المعطيات الخاصة طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.

#### Pour nous contacter :

Appelez le centre d'appel Allo Daman au : 080 203 33 33 ou 080 200 72 00

Ou écrivez nous sur l'adresse suivante : <https://www.cnss.ma/fr/echange>

#### للتواصل معنا :

تصلوا بمركز الزبناء 080 203 33 33 أو 080 200 72 00

أو ارسلونا عن طريق الرابط : <https://www.cnss.ma/ar/echange>

Réf. : 310-2-48 Indice de révision : 01\_29.03.2016

1 / 1





Date 8/04/2021

Tableau Amortissement De Credit

Point de vente BERRECHID LAKDIM

Date Deblocage 8/04/2021

N° d'inscription 00001502761

Agent MSIEH SAID

Produit

Nom & Prénom client EL HANKAOU NOUREDDINE

Adresse APPT ND 3 IMM B 7 RESIDENCE EL WAHDA

26100

Ville BERRECHID PRINCIPAL

Montant déblocage: 20 000,00

Intérêts Intercalaires : 342

Capital financé : 20 342,00

Durée de prêt: 24,00

Mois

Frais annexes :

Périodicité: Mensuel

Frais de dossier : 250

Taux d'intérêt mensuel : 1,92%

Frais d'assurance : 0,00

CAS : 500,00

Coût total crédit : 6 332,00

N° Echéance	Date Echéance	Montant Echéance	Montant Intérêts	TVA	Montant Capital	Cumul Retenues	Capital Réstant dû + Diféré
0	8/05/2021	750,00	0	0	0	750,00	20 342,00
1	1/06/2021	1 087,00	391,15	0,00	695,85	1 837,00	19 646,15
2	1/07/2021	1 065,00	377,77	0,00	687,23	2 902,00	18 958,92
3	1/08/2021	1 065,00	364,56	0,00	700,44	3 967,00	18 258,48
4	1/09/2021	1 065,00	351,09	0,00	713,91	5 032,00	17 544,57
5	1/10/2021	1 065,00	337,36	0,00	727,64	6 097,00	16 816,93
6	1/11/2021	1 065,00	323,37	0,00	741,63	7 162,00	16 075,30
7	1/12/2021	1 065,00	309,11	0,00	755,89	8 227,00	15 319,41
8	1/01/2022	1 065,00	294,57	0,00	770,43	9 292,00	14 548,98
9	1/02/2022	1 065,00	279,76	0,00	785,24	10 357,00	13 763,74
10	1/03/2022	1 065,00	264,66	0,00	800,34	11 422,00	12 963,40
11	1/04/2022	1 065,00	249,27	0,00	815,73	12 487,00	12 147,67
12	1/05/2022	1 065,00	233,58	0,00	831,42	13 552,00	11 316,25
13	1/06/2022	1 065,00	217,60	0,00	847,40	14 617,00	10 468,85
14	1/07/2022	1 065,00	201,30	0,00	863,70	15 682,00	9 605,15
15	1/08/2022	1 065,00	184,70	0,00	880,30	16 747,00	8 724,85
16	1/09/2022	1 065,00	167,77	0,00	897,23	17 812,00	7 827,62
17	1/10/2022	1 065,00	150,52	0,00	914,48	18 877,00	6 913,14

N° Echéance	Date Echéance	Montant Echéance	Montant Interêts	TVA	Montant Capital	Cumul Retenues	Capital Réstant dû + Diféré
18	7/11/2022	1 065,00	132,93	0,00	932,07	19 942,00	5 981,07
19	5/12/2022	1 065,00	115,01	0,00	949,99	21 007,00	5 031,08
20	3/01/2023	1 065,00	96,74	0,00	968,26	22 072,00	4 062,82
21	3/02/2023	1 065,00	78,12	0,00	986,88	23 137,00	3 075,94
22	5/03/2023	1 065,00	59,15	0,00	1 005,85	24 202,00	2 070,09
23	3/04/2023	1 065,00	39,81	0,00	1 025,19	25 267,00	1 044,90
24	3/05/2023	1 065,00	20,10	0,00	1 044,90	26 332,00	

Total	26 332,00	5 240,00		20 342,00
-------	-----------	----------	--	-----------



# عرض مسبق لقرض استهلاكي

## Offre préalable de Crédit à la Consommation

Numéro d'OPC :

AR853130

رقم العرض :

### I. Identité des parties :

### 1. هوية الأطراف

#### 1. Identité du prêteur :

#### 1. هوية مصرف المغرب

CREDIT DU MAROC société anonyme à Directoire et à Conseil de Surveillance, inscrit au registre de Commerce de Casablanca sous n° 28.717 le 10/04/1963, dont le siège social est à Casablanca 48/58, Boulevard MOHAMMED V.

La date de l'offre :

15/12/2020

Cette offre préalable de crédit est établie en application des conditions prévues par la loi n°31-08 édictant des mesures de protection du consommateur.

تم اعداد هذا العرض المسبق للقرض طبقا للشروط المنصوص عليها في القانون رقم 31.08 القاضي بتحديد تدابير لحماية المستهلك

Elle est valable sept jours et peut être étendue à l'initiative du prêteur.

عرض ساري المفعول لمدة سبعة ايام، مع إمكانية تمديده بمبادرة من المقرض.

Soit jusqu'au :

14/01/2021

Le prêteur peut se réserver le droit d'accorder ou de refuser le crédit dans un délai de sept jours à compter de votre acceptation (cf. point 3.3 du III).

يجوز للمقرض أن يحتفظ لنفسه بحق قبول أو رفض طلب القرض داخل اجل سبعة ايام ابتداء من تاريخ موافقتكم (انظر النقطة 3.3 من III)

#### 2. Identité de l'emprunteur :

#### 2. هوية المقترض :

La présente offre est faite à :

يقدم هذا العرض لفائدة :

- Emprunteur :

- المقترض :

Nom et prénom ou dénomination :

EL HANKAOUI NOUREDDINE

Date et lieu de naissance ou d'immatriculation au registre de commerce : 31/10/1957 à BERRECHID

الاسم العائلي والشخصي أو التسمية :

Adresse de l'emprunteur ou du siège : IMMB 7 APPT D 3 RESIDENCE EL WAHDA BERRECHID

تاريخ و مكان الازدياد أو التسجيل التجاري :

N° CNI ou numéro d'immatriculation au registre de commerce :

W-45714

عنوان المقترض أو المقر الاجتماعي :

رقم البطاقة الوطنية للتعريف أو رقم التسجيل التجاري :

- Co-emprunteur (le cas échéant)

- المقترض الشريك (عند الاقتضاء)

Nom et prénom :

الاسم العائلي والشخصي للمقترض الشريك :

Date et lieu de naissance :

تاريخ و مكان الازدياد :

Adresse du co-emprunteur :

عنوان المقترض الشريك :

N° CNI ou numéro d'immatriculation au registre de commerce :

رقم البطاقة الوطنية للتعريف أو رقم التسجيل التجاري :

- Caution (le cas échéant)

- هوية الكفيل (عند الاقتضاء)

Nom et prénom :

الاسم العائلي والشخصي :

Adresse :

العنوان :

N° CNI :

رقم البطاقة الوطنية للتعريف :

La personne qui accepte de se porter caution de votre obligation à l'égard du prêteur sera tenue d'y satisfaire à votre place en cas de défaillance de votre part.

في حالة توقفك عن الاداء ، يجب على الشخص الذي وافق أن يكفل هذا الالتزام إزاء المقرض أن يقوم بالاداء محلكم .

### II. Les conditions de l'offre préalable :

### II. شروط العرض المسبق للقرض

Cette offre est faite aux conditions suivantes :

يعد هذا العرض وفق الشروط التالية :

Montant du crédit net d'intérêts :

127000.00 DHS

مبلغ القرض بدون فوائد :

Montant du crédit avec intérêts :

157573.66 DHS

مبلغ القرض بالفوائد :

Echéances :

الاستحقاقات :

- nombre d'échéances :

82 MOIS

عدد القسط المستحق :

- périodicité :

Mensuelle

- دورية :

- montant par échéance :

مبلغ القسط المستحق

\* sans assurance :

1921.63 DHS

\* دون تأمين :

Le montant de la première échéance avec assurance TTC\*

2759.83 DHS

مبلغ الاستحقاق الأول مع التأمين بما في ذلك كافة الضرائب\*

\*L'assurance est payable annuellement, le tarif communiqué est à titre indicatif, sous réserve des propositions tarifaires qui seront arrêtées par la compagnie. A noter que le montant de la prime d'assurance est calculé, aux échéances de paiement convenues, sur la base du capital restant dû tel qu'il ressort du tableau d'amortissement.

\* مبلغ القسط المستحق للتأمين يدفع سنويا. إنه سعر تقريبي، مع احترام المقترح المالي الذي سيقدره شركة التأمين. مع الملاحظة أنه سيتم احتساب قسط التأمين في الفترة المحددة للدفع، استنادا إلى المبلغ الواجب الاداء كما هو مبين في جدول الإستخدام.

- date de la 1ère échéance :

02/02/2021

- تاريخ القسط الاول :

- date de la dernière échéance :

02/11/2027

- تاريخ القسط الاخير :

Les dates de la 1ère échéance et dernière échéance peuvent être décalées. Par votre signature, vous acceptez ce principe et reconnaissez formellement le Tableau d'Amortissement délivré par CREDIT DU MAROC comme justificatif du début et du terme de son financement.

يمكن تأجيل تاريخ اول واخر استحقاق. من خلال توقيعكم على هذا العقد، تقبلون هذا المبدأ وتصادقون رسميا على جدول الاستخدام المسلم من طرف مصرف المغرب والذي يدل على تاريخ بداية وتاريخ نهاية سداد التمويل.

D'un commun accord, vous supporterez des intérêts au titre de différé de paiement pendant la période séparant la date de financement du crédit et la date effective du début d'amortissement.

باتفاق مشترك بين الطرفين تتحملون الفائدة الناتجة عن تأجيل السداد خلال الفترة الفاصلة بين تاريخ التمويل وتاريخ استحقاق بداية السداد.

Etant précisé que les intérêts sur différé seront calculés sur la base du taux appliqué au présent contrat et au prorata entre la date du financement et la date effective du début d'amortissement.

سيتم احتساب الفوائد المؤجلة وفق معدل الفائدة المطبق بموجب هذا العقد وعلى أساس تناسبي انطلاقا من تاريخ الاستفادة من التمويل والتاريخ الفعلي لبداية الاستخدام.

- Durée du crédit (nombre de mois) :

82 MOIS

- مدة القرض (عدد الأشهر) :

Nature du crédit :

طبيعة القرض :

☐ Autre

☐ Crédit affecté

☐ Crédit à la consommation

☐ آخر

☐ قرض استهلاكي

☐ قرض مخصص

RL : 11/2017

<b>MLE</b>		<b>11236</b>	
<b>Nom &amp; Prénom</b>		<b>Noureddine ELHANKAOUI</b>	
		CNSS	3.710,48
		CIMR	646,87
		BASE	4.357,35
<b>Cotisation</b>	<b>nbre mois</b>	<b>Taux</b>	<b>Montant</b>
11/2017 à 02/2018	4	3,8%	662,32
03/2018 à 10/2023	68	4,2%	12444,59
		déjà réglé	3257,00
		NET à PAYER	<b>9.849,91</b>
<b>FDS</b>	<b>nbre mois</b>	<b>MT MENS</b>	<b>Montant</b>
11/2017 à 02/2018	4	30	120
03/2018 à 10/2023	68	30	2040
		NET à PAYER	<b>2.160,00</b>
<b>TOTAL</b>			<b>12.009,91</b>

Lamiae  
Rhas : A X

22/11/23

A vérifier le paiement des cotisations

A. Sani



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 : EL HANKAOUI PRENOM : Nouredine

Date de naissance : 31/10/1957 Lieu de naissance : Berrechid

Situation familiale :

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

GSM : 06-70-95-19-32

Adresse : F7, 30, Résidence AL WAHDA, BERRECHID

Tél : 06-70-95-19-32

Matricule : 11236 Fonction : Retraité

Date de la dernière cotisation : du 11/2017 au 10/2023

\*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 EL MOATAQID LAILA		Accouchement Césarienne 2010
1 er enfant à charge EL HANAKOU ALI		
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	<input type="checkbox"/>	Non	<input checked="" type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input checked="" type="checkbox"/>
- Allergie	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	- Hypertension Artérielle	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
- Asthme	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	- Tuberculose	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
- Diabète	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	- Du sang	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
- Des oreilles	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	- Du cœur	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
- Articulation et Squelette	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	- Des sinus + Nez	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
- Rénales	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	- Des yeux	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
- Dermatologique	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	- Syphilis	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
- Du foie	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	- Cancer	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
- De la thyroïde	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	- SIDA	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
- Gynécologiques	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	- Mentales	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
- Autres :	opérations chirurgicales Perforation						
Lesquelles :	ulcère						



3. Avez-vous pris des médicaments ?

Non ☐

Oui ☒

Lesquels : Augmentin - Sparfan - Gaviscon - Zolgan

4. Avez-vous subi des examens de sang ou des radiographies :

Non ☐

Oui ☒

DATE	NATURE	RESULTATS
29/04/2023		Négatif

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 Casablanca, le 19/10/2023

Signature de l'adhérent :



Apposée par la Signature :  
NOUREDDINE ELHANKAOU  
Connue de nous ainsi que l'identité de  
19 Octo 2023  
Casablanca, le .....  
Par Délégation  
عبد المكي كويك  
Abdenabioundou  
صاحب الحالة المسجلة بالتقويم  
مدير د'أعمال Royal Air Maroc





# الفحص بالأشعة واد المخازن Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد برادة السوني

خريج كلية الطب  
بمونبليي

CASA LE 19.10.2023

NOM : EL HANKAOUI NOUREDDINE

DR :

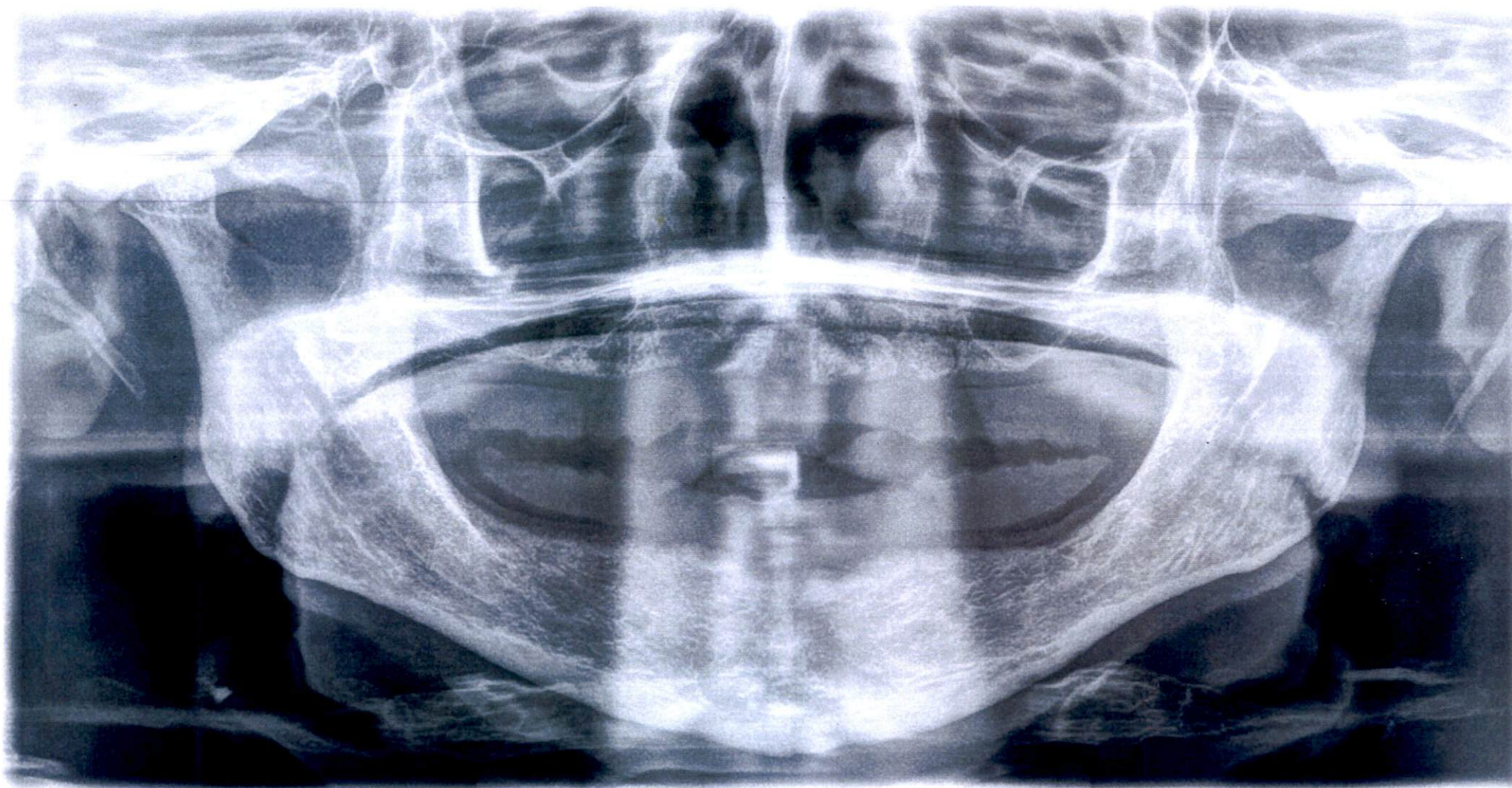
EXAMEN : PANORAMIQUE

- Patient édenté.
- Prothèse transparente du maxillaire supérieur et inférieur.
- Absence de résidu dentaire nettement décelable.
- Canaux alvéolaires libres.
- Absence d'image de clarté ou d'opacité décelable.

CONFRATERNELLEMENT  
DR. BERRADA SOUNNI K.



AVEC PROTHESE



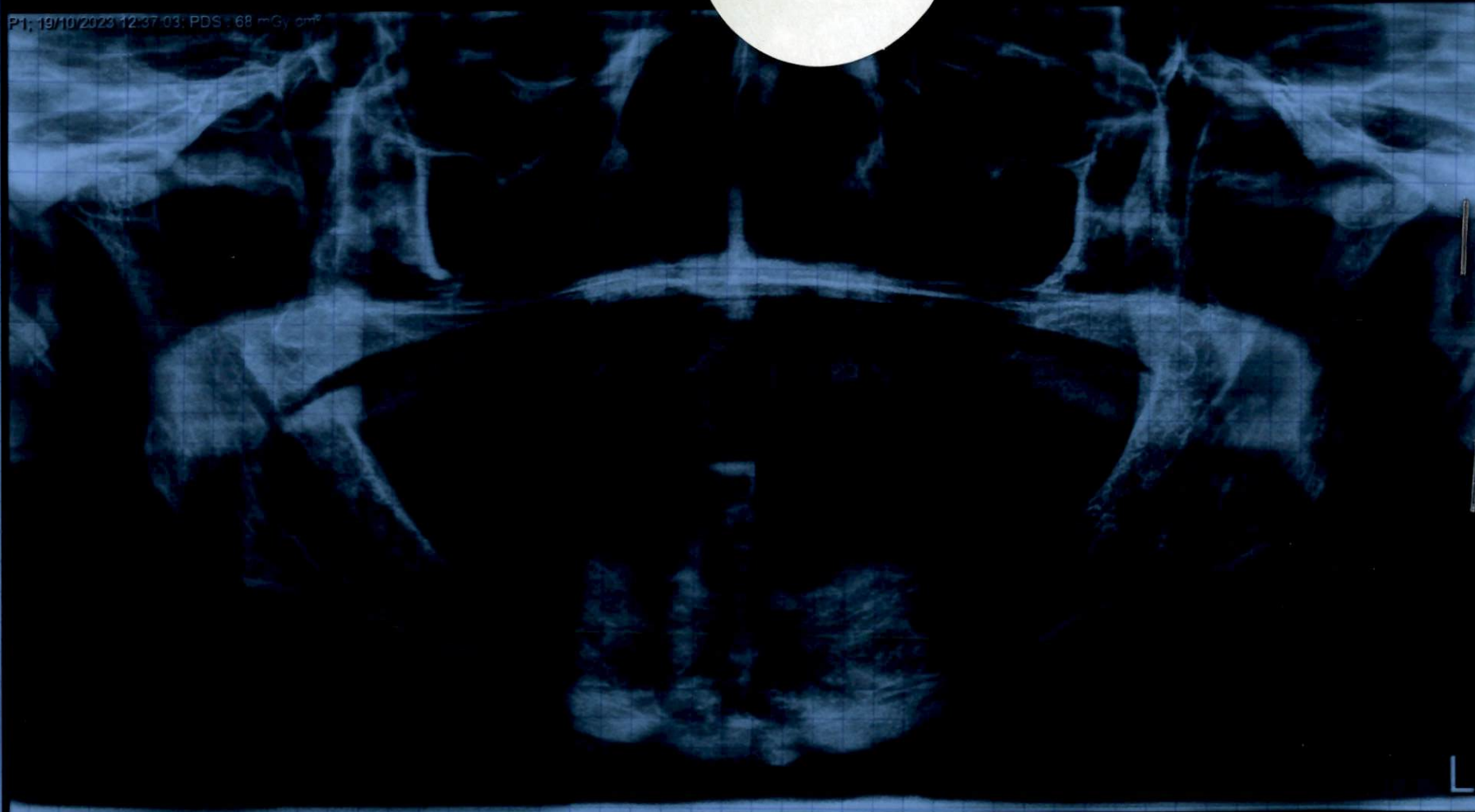


EL HANKAOUI NOUREDDINE  
31/10/1997

RADIOLOGIE OUED EL MAKHAZINE

AJEE  
PROTHESE

P1: 19/10/2023 12:37:03; PDS: 68 mGy cm<sup>2</sup>



2023/10/19



Sidexis 4

© 2013 Sidexis 4. All rights reserved.



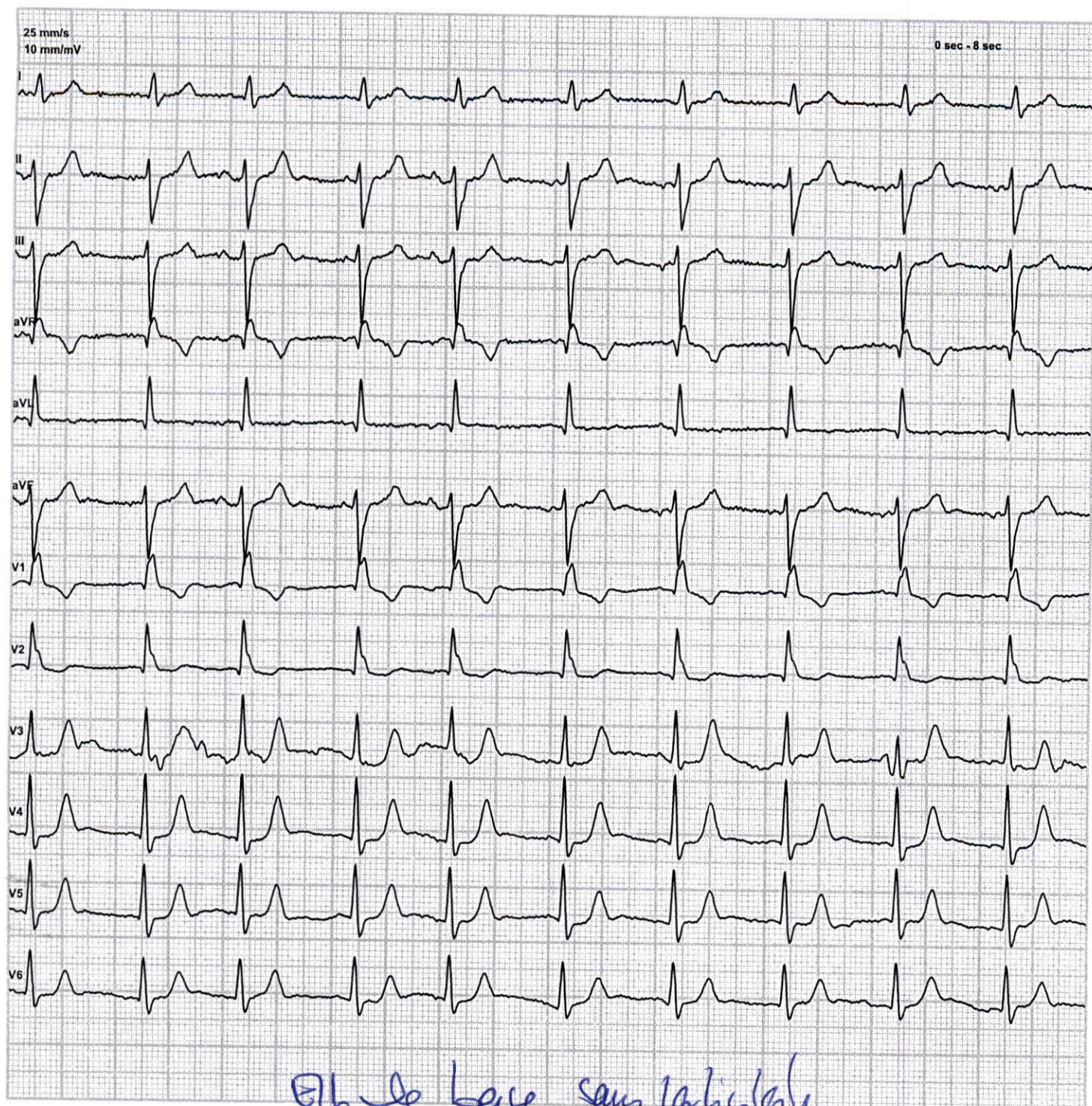
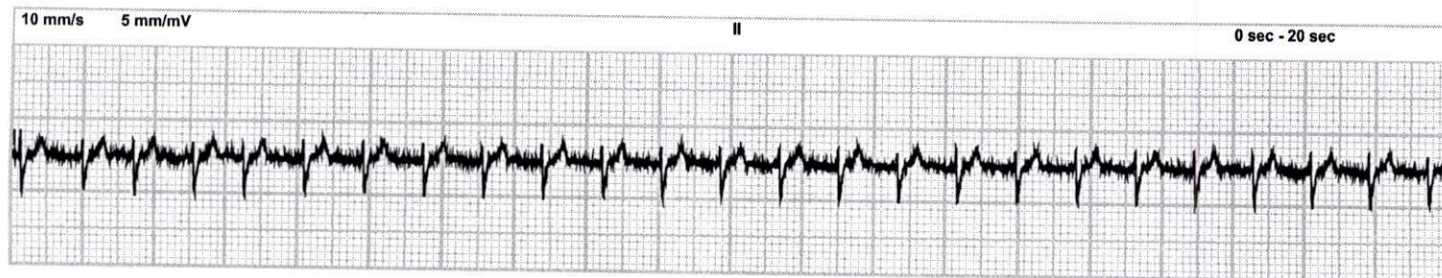


Patient name: ELHANKAOUI NOUREDDINE Patient code: MLOJ  
Patient birthdate: 1957-01-01 Patient sex: Male  
Doctor name: DR LEBBAR



Institute name: DR LEBBAR

Record time: 2023-10-20 09:38:07





☒ ADMINISTRA

☐ OPERATION

☐ BILAN

☐ BK

☐ TOUX

☐ FIEVRE

☐ TABAC

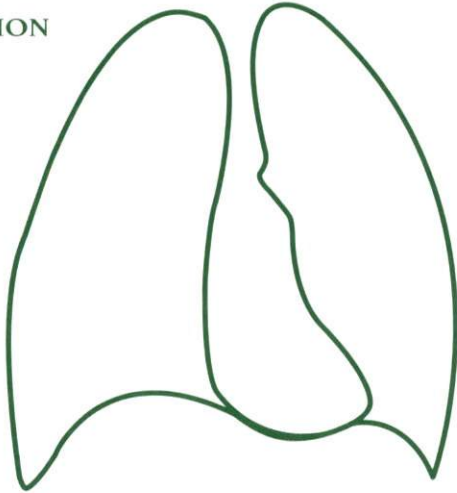
☐ ASTHME

☐ CARDIAQUE

☐ HEMOPTYSIES

☐ DOULEUR D-G

☐ CONTROLE



N° 0000035



الفحص بالأشعة واد المخازن  
Radiologie Oued El Makhazine

ADIOLOGIE \* RACHIS ET MEMBRES INF. EN TOTALITE  
RADIO - PHOTO \* ECHOGRAPHIE \* MAMMOGRAPHIE  
PANORAMIQUE DENTAIRES \* TELE - RADIO  
SCANNER \* OSTEODENSITOMETRIE \* IRM

Dr. BERRADA SOUNNI Khalid

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور برادة السونني خالد

خريج كلية الطب

بمونبولي

19 OCT 2023

- Nom : EL HANKAOU Prénom : NOUREDDINE

- Dr : ..... Date : .....

- Interprétation : .....

IMAGE RADIOLOGIQUE  
NORMALE

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

12, Rue d'Alger - Casablanca (Place Oued Makhazine) - Tél.: 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 - Email : radiologie.om@gmail.com

R.D.  
10