

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

Réintegration

FICHE MEDICALE D'ADMISSION ADHERENT CONJOINT ENFANT

Photo

Nom : EL HANKAOUI

Prénom : NOURDDINE

Matricule : 11236 Date de naissance : 31/11/1957 Sexe : H

Date : 20.10.23

Médecin :

Ex. clinique : Poids

84

Coeur

NS

T.A.

117

Ap. resp

N

Ap. dig

N

Uries

A O
S /

Hernies

N

Râte

N

Varices

N

Réflexes

N

Ex. complémentaires :

Th en mythe reflet blanc

Antécédents :

Decim

APTE

ACCORD MUPRAS :

f 22
11
23

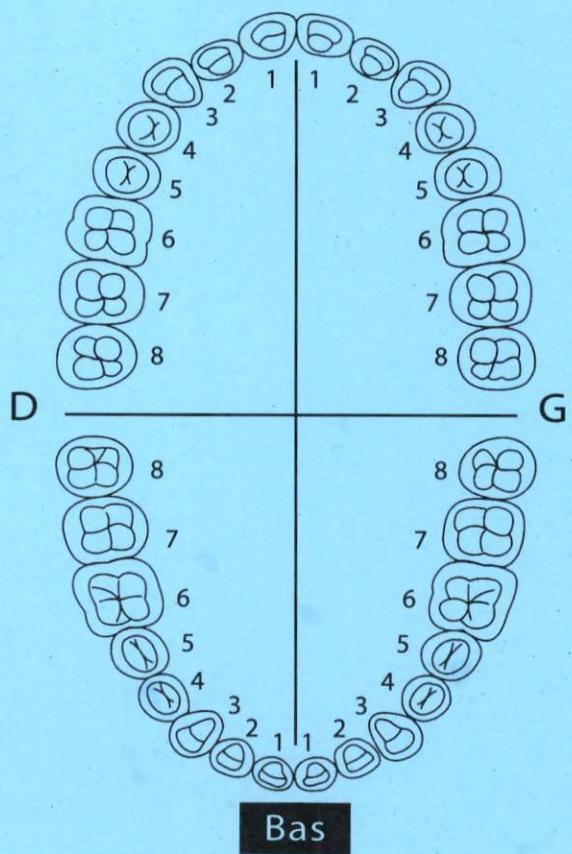
A.SAMI



Haut

VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

OBSERVATIONS :



ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE



المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعرف

نور الدين



NOUREDDINE

EL HANKAOUI

Né le

31.10.1957

المنقاوي

مزداد بتاريخ

ببرشيد

BERRECHID

العنوان العام للدين الوطني

(Signature)

عبد الله بن حموشي



CAN 92813

N°

W45714

رقم

Valable jusqu'au 07.01.2031

صلحة إلى ٢٠٣١

N° W45714

رقم

N° état civil

3004/1957

رقم المحلة المدنية

0PI04TVE



بن علي

و مليكة بنت اساعيل

جنس M sexe

Fils de ALI

Et de MALIKA bent SMAIL.

العنوان المساكنة 7 ف الشقة 2 3 اقامة الموحدة برشيد

Adresse IIMMB 7 F APPT D 3 RESIDENCE EL WAHDA BERRECHID

IDMAR0I04TVE<1W45714<<<<<<
5710317M3101078MAR<<<<<<<<3
EL<HANKAOUI<<NOUREDDINE<<<<<

EL HANKAOUI NOUREDDINE

0011236

Berrechid le 06/10/2023

Nom et Prénom: 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 Reintégration
à la MUPRAS

Excellence,

J'ai l'insigne honneur de solliciter de votre
haute bénédiction, de bien vouloir accorder ma demande
établie en sujet.

Excellence,

Pour des raisons humanitaires, avons emprunté deux piés
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 d'août 2020.

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

Ci-joint

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





BMCI
GROUPE BNP PARIBAS

BORDEAU 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 :

A large, faint, handwritten mark, possibly 'MAD', is overlaid on a rectangular stamp. The stamp contains the text 'U.S. POSTAL SERVICE' at the top, 'POSTAGE PAID' in the center, and 'APR 23' at the bottom.

EXEMPLAIRE CLIENT



BMCI
GROUPE BNP PARIBAS

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

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

X : Lamiaa Rhars

X RL



CASABLANCA, Le 06/10/2023

Attestation

CERTIFICATION ISO 9001-VERSION 2015
CERTIFIANT l'activité " prestations " et " production "

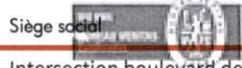
Référence : 061023012784381731

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

A handwritten signature of ATTAYASSINE is written over a blue rectangular stamp that reads 'CIMR Agence Belvédère'.



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.cimrpro.ma

https://srv-covid.domcimr.ma/gestion_attestation/index

تقاطع شارعي ابروبوستال و مان ستريت. مشروع الدار البيضاء - أفق الحسيني. الدار البيضاء
للهاتف: 05 22 42 48 88

www.cimr.ma - www.cimrpro.ma

المقر الاجتماعي



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 :

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

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

Madame / Monsieur :

EL HANKAOUI NOUREDDINE

السيد (ة):

Titulaire de la CNI N° (2):

W45714

الحامل(ة) للبطاقة الوطنية للتعرف 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 لـ (3) :

à compter de :

01/11/2017

ابتداء من :

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

	Mensuel	الشهري	Trimestriel	الدوري	Annuel (4)	السنوي
Montant Brut	3710.48		11131.44		44525.76	
Prélèvement des cotisations AMO		0.0		0.0		0.0
Prélèvement de l'IR		0.0		0.0		0.0
Montant Net	3710.48		11131.44		44525.76	

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

وقد سلمت هذه الشهادة ، «للمعنى(ة) بالأمر بناء على طلبه (ها) قصد الإلادء بها عند الإقتساء.

" 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 لاحقا في إطار عمليات المراجعة أو المراقبة التي تقوم بها مصالح الضمان الاجتماعي وفقاً للقوانين والمساطر المعتمدة 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/

Le (en chiffres):

0 1 2 | 1 1 0 | 2 1 0 2 1 3

في (بالأرقام):

(en lettres):

Deux octobre deux mille vingt trois

(بالحروف):

Pour vérifier l'authenticité de la présente attestation et son contenu, veuillez visiter le site Web: 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 ومضمونها، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني: www.cnss.ma ، فقرة (خدمات عن بعد - التحقق من صحة الشهادات) وإدخال رقم الشهادة ورقم التسجيل المشار اليهما أعلاه.

(1) Ou son représentant.

(1) و من يفوض له ذلك.

(2) Ou N° Passeport / N° Carte Résidence

(2) أو رقم جواز السفر / رقم بطاقة الإقامة

(3) Type de pension conformément aux dispositions du Dahir n° 1.72.184 du 15 Jourmada II 1392(27 juillet 1972) instituant le régime de sécurité sociale tel qu'il a été modifié et complété (articles 43,53 et 57)

(3) عبة العمال ملتفاً لمقتضياتظهير رقم 1.72.184 المزدوج في 15 جمادى الثانية 1392 الموافق 27 يوليوز 1972 المتعلقة بنظم

(4) Année en cours

(4) السنة الجارية.

(5) Selon la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base gérée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale

(5) طبقاً لمقتضيات الفصل 2 من القانون 65-00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.

(6) En application des dispositions de l'article 2 portant code de la couverture médicale de base.

(6) طبقاً لمقتضيات الفصل 3 من المرسوم رقم 02-05-734 المؤرخ في 11 جمادى الثانية 1426 الموافق ل 18 يوليوز 2005 المتعلق

(7) En application des dispositions de l'article 3 du décret n° 2-05-734 du 11 jourmada 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.

(7) بالحد الأدنى للراتب الذي تطبق عليه نسبة الاشتراكات الوالجية للصندوق للضمان الاجتماعي برسم نضم التأمين الاجتماعي عن المرض.

(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.

(8) طبقاً لمقتضيات الفصل 114 للقانون 65-00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية و الذي ينبع بأصحاب المعاشات الذين يستفيدون من التغطية الصحية الأساسية الغير المدروزة قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

Les traitements des données individuelles sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

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

Pour nous contacter :

للتواصل معنا:

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

الصلوا بمركز البناء 00 200 72 00 أو 080 203 33 33

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

او راسلنا عن طريق الرابط: <https://www.cnss.ma/ar/échange>

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 HANKAOUI NOUREDDINE

Adresse APPT ND 3 IMM B 7 RESIDENCE EL WAHDA

26100

Ville BERRECHID PRINCIPAL

Montant débloqué: 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
	1/05/2021	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 Intérêts	TVA	Montant Capital	Cumul Retenues	Capital Réstant dû + Différé
18	17/11/2022	1 065,00	132,93	0,00	932,07	19 942,00	5 981,07
19	16/12/2022	1 065,00	115,01	0,00	949,99	21 007,00	5 031,08
20	15/01/2023	1 065,00	96,74	0,00	968,26	22 072,00	4 062,82
21	14/02/2023	1 065,00	78,12	0,00	986,88	23 137,00	3 075,94
22	13/03/2023	1 065,00	59,15	0,00	1 005,85	24 202,00	2 070,09
23	12/04/2023	1 065,00	39,81	0,00	1 025,19	25 267,00	1 044,90
24	11/05/2023	1 065,00	20,10	0,00	1 044,90	26 332,00	
Total		26 332,00	5 240,00			20 342,00	

Numéro Vert pour la reclamations: 0800 000 114

عرض مسبق لقرض استهلاكي

Offre préalable de Crédit à la Consommation

Numéro d'OPC :

AR853130

رقم العرض :

ا. هوية الاطراف :

1. هوية مصرف المغرب :

مصرف المغرب شركة مساهمة مجلس إدارة و مجلس الرقابة مسجلة في السجل التجاري بالدار
البيضاء تحت عدد ٢٨٧١٧ بتاريخ ١٠/٤/١٩٦٣ ، مقرها الاجتماعي بالدار البيضاء ٤٨/٥٨ ،
شارع محمد الخامس
تاریخ المعرض :

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 طبقاً للشروط المنصوص عليها في القانون رقم
٣١٠٨ القاضي بتحديد تدابير لحماية المستهلك

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

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).

عرض ساري المفعول لمدة سبعة أيام، مع إمكانية تمديده بمبادرة من المقرض.
اي إلى غاية :
يجوز للمقرض أن يحتفظ لنفسه بحق قبول أو رفض طلب القرض داخل أجل سبعة أيام ابتداء
من تاريخ موافقتك (انظر النقطة ٣.٣ من III)

2. هوية المقرض :

يقدم هذا العرض لفائدة :

- المقرض :

الاسم العائلي والشخصي أو التسمية :

تاريخ و مكان الإزدياد أو التقييد في السجل التجاري :

عنوان المقرض أو المقر الاجتماعي :

رقم البطاقة الوطنية للتعرف أو رقم التقييد في السجل التجاري :

- المقرض الشرك (عند الاقتضاء) :

الاسم العائلي والشخصي للمقرض الشرك :

تاريخ و مكان الإزدياد :

عنوان المقرض الشرك :

رقم البطاقة الوطنية للتعرف أو رقم التقييد في السجل التجاري :

- هوية الكفيل (عند الاقتضاء) :

الاسم العائلي والشخصي :

العنوان :

رقم البطاقة الوطنية للتعرف :

في حالة توقيفه عن الأداء ، يجب على الشخص الذي وافق أن يكفل هذا الالتزام إزاء المقرض
أن يقوم بالإلقاء ملوك .

II. Les conditions de l'offre préalable :

Cette offre est faite aux conditions suivantes :

Montant du crédit net d'intérêts : 127000.00 DHS

Montant du crédit avec intérêts : 157573.66 DHS

Echéances :

- nombre d'échéances : 82 MOIS

- périodicité : Mensuelle

- montant par échéance : 1921.63 DHS

* sans assurance : 2759.83 DHS

Le montant de la première échéance avec assurance TTC*

*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.

- date de la 1ère échéance : 02/02/2021

- date de la dernière échéance : 02/11/2027

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

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.

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

- Durée du crédit (nombre de mois) : 82 MOIS

Nature du crédit :

Autre

Crédit affecté

Crédit à la consommation

آخر

قرض استهلاكي

- مدة القرض (عدد الاشهر) :
طبيعة القرض :

قرض مخصص

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

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

سيتم احتساب الفوائد الموجلة وفق معدل الفائدة المطبق بموجب هذا العقد وعلى أساس تناسبي
انطلاقاً من تاريخ الاستئناف من التمويل والتاريخ الفعلي لبداية الاستخدام.

MLE	11236		
Nom & Prénom	Noureddine ELHANKAOUI		
CNSS	3.710,48		
CIMR	646,87		
BASE	4.357,35		
Cotisation	nbre mois	Taux	Montant
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	9.849,91
FDS	nbre mois	MT MENS	Montant
11/2017 à 02/2018	4	30	120
03/2018 à 10/2023	68	30	2040
		NET à PAYER	2.160,00
	TOTAL		12.009,91

Lamine
Rhass : A.X

22/11/23

A vérifier le paiement des cotisations

A. Salihi

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 : Noureddine

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, 3D, 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 antérieures / infirmités	Opérations chirurgicales
Conjoint EL MOATAQID LAILA		<i>Accouchement césarien 2010</i>
1 er enfant à charge EL HANKAOUI 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	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Hypertension Artérielle	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Tuberculose	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Du sang	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Du cœur	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Des sinus + Nez	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Des yeux	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Syphilis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Cancer	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- SIDA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Mentaless	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
- Autres : <i>opération chirurgicale Perforation Ulcère -</i>			
Lesquelles :			

3. Avez-vous pris des médicaments ?

 Non

 Oui

 Lesquels : *Augmentin - Spasfon - Gaviscon - Zolegan*
4. Avez-vous subi des examens de sang ou des radiographies :

 Non

 Oui

DATE	NATURE	RESULTATS
<i>29/04/2023</i>		<i>Négatif</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 : 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 Casablanca, le 19 Octobre 2023

Signature de l'adhérent :



Apposée par **NOUREDDINE ELHANKAOUI**
 Connue de nous ainsi que l'identité de
 Sa Signature : 19 Octobre 2023

Casablanca, le
 Par Délégation
 عبد الله بوندو
 Abdennabi Boudou
 ملخص الحالة المدنية للمؤمن
 d'At-taqaddim net Dat



Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور خالد براادة السوني

خريج كلية الطب
بموبولي

I.R.M

CASA LE 19.10.2023

SCANNER SPIRALE ■

CORPS ENTIER - 3D ■

Multi-barrettes

DENTA-SCANNER ■

RADIOLOGIE ■

Conventionnelle ■

Numérisée

RACHIS ENTIER ■

Numérisée

GONOMETRIE ■

Numérisée

ECHOGRAPHIE ■

pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE ■

Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE ■

Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO ■

Biphotonique

PANORAMIQUE ■

DENTAIRE ■

Numérisée

TELERADIO A 4 M ■

Numérisée

CONE BEAM ■

RADIO - PHOTO ■

NOM : EL HANKAOUI NOUREDDINE

DR :

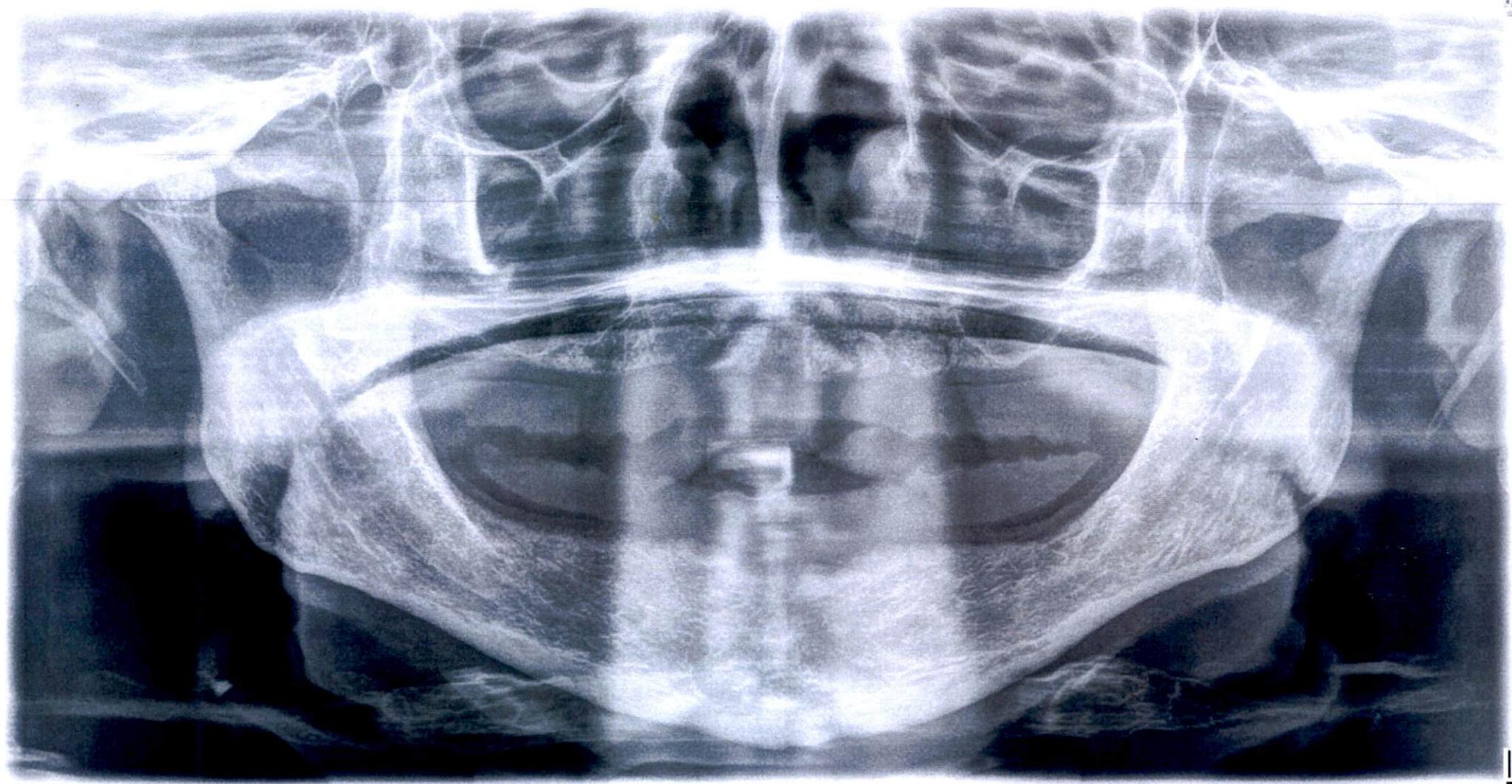
EXAMEN : PANORAMIQUE

- 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

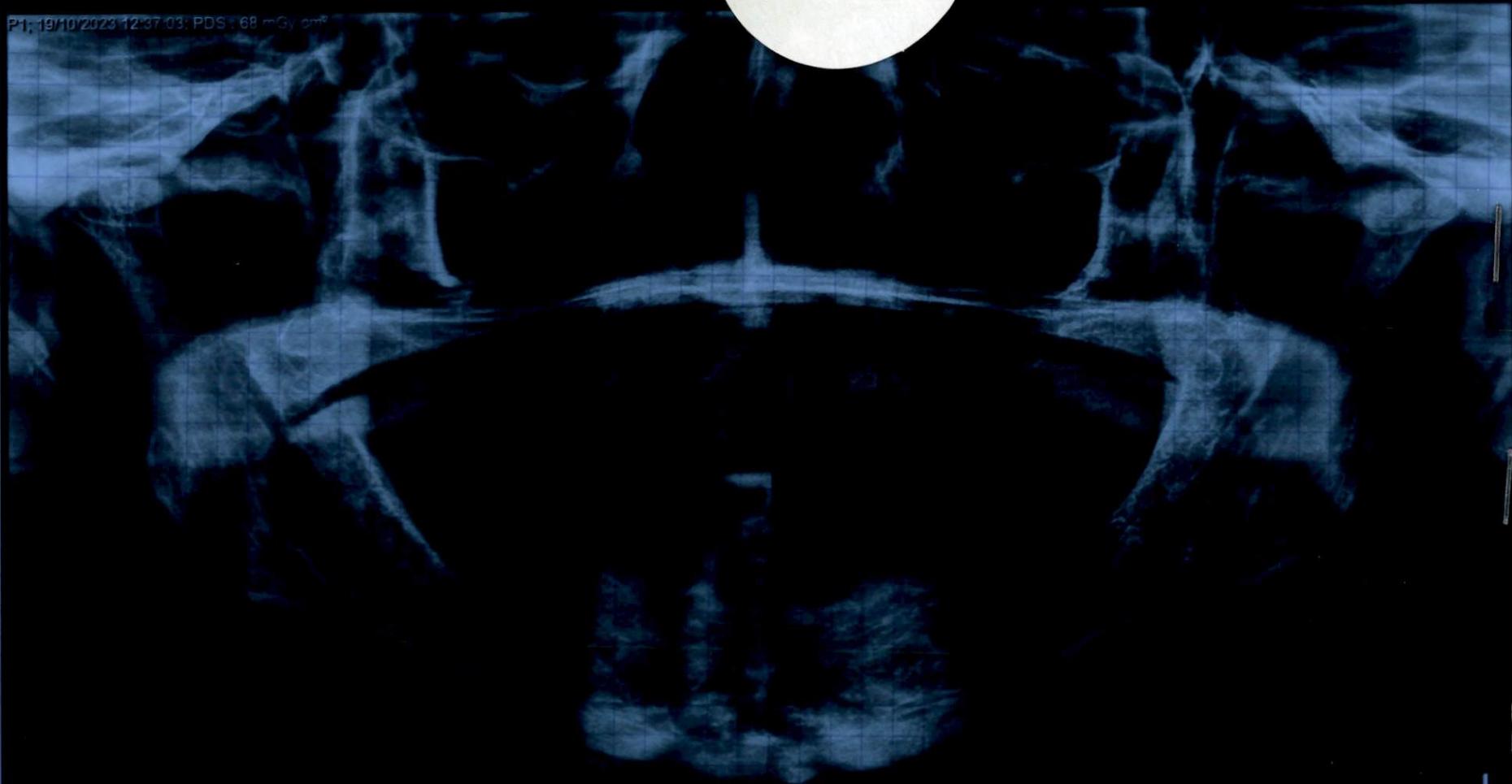


EL HANKAOUI NOUREDDINE
81-101847

RADIOLOGIE OUED EL MAKHAZINE

AJ El
PROTHESE

P1: 19/10/2023 12:37:03; PDS: 68 mGy cm²



DENTAL

Sidexis 4

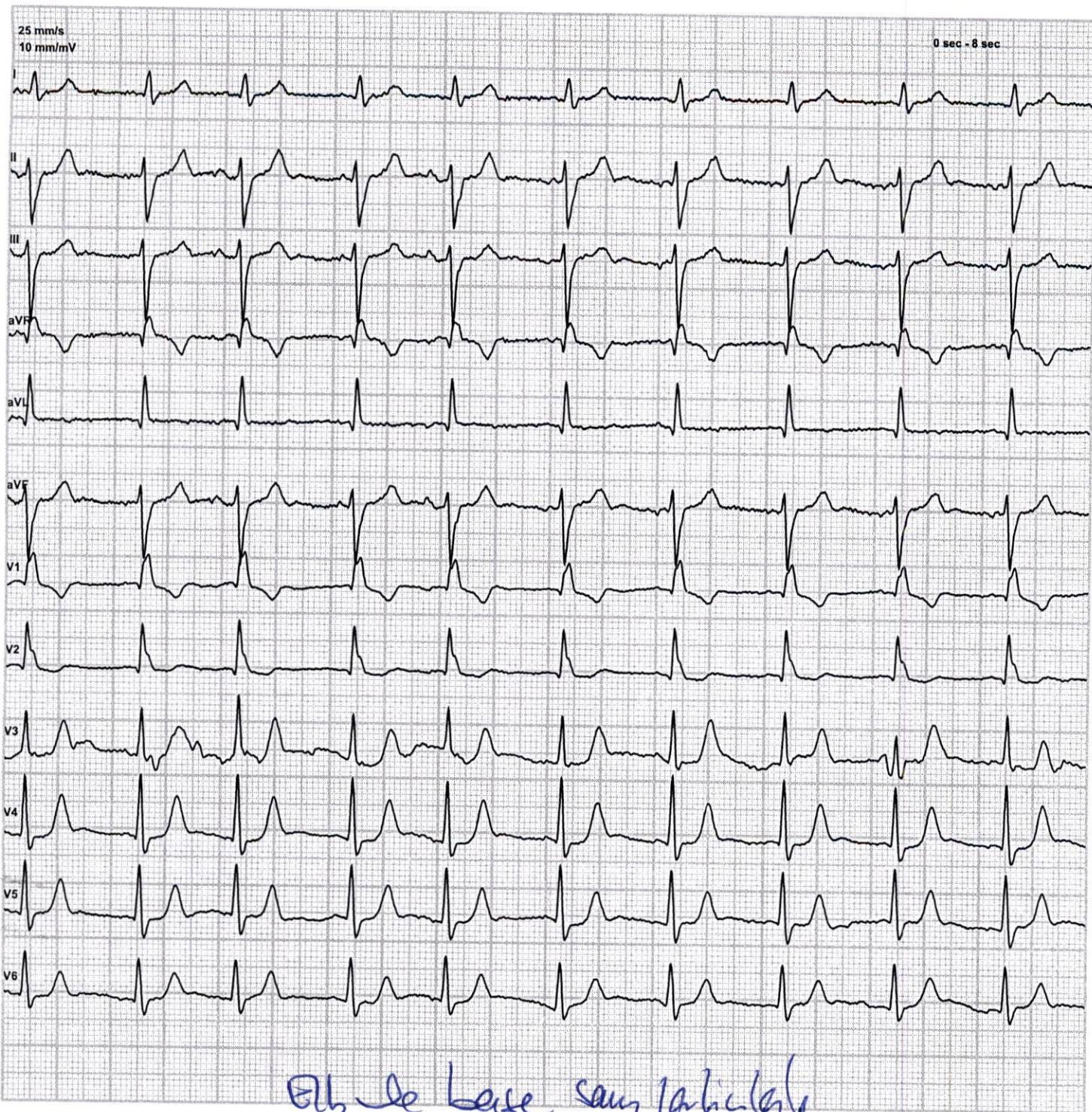
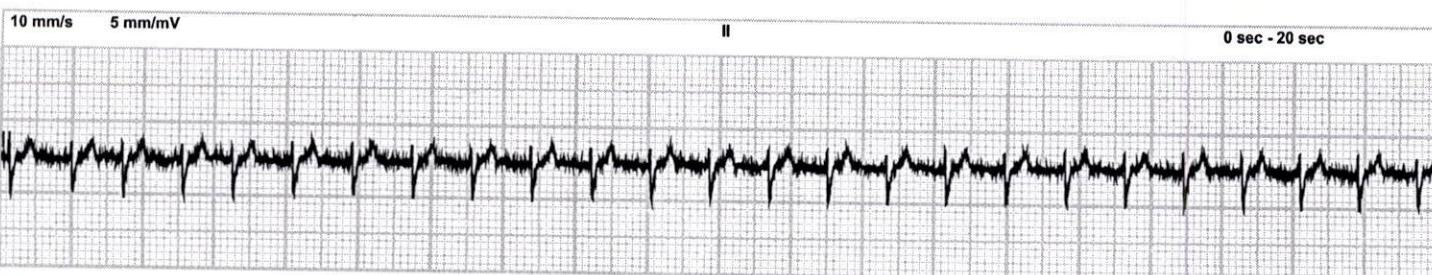


Patient name: ELHANKAOUI NOUREDDINE Patient code: MLOJ
Patient birthdate: 1957-01-01 Patient sex: Male
Doctor name: DR LEBBAR

INNOMED
Innomed Medical

Institute name: DR LEBBAR

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



ADMINISTRA

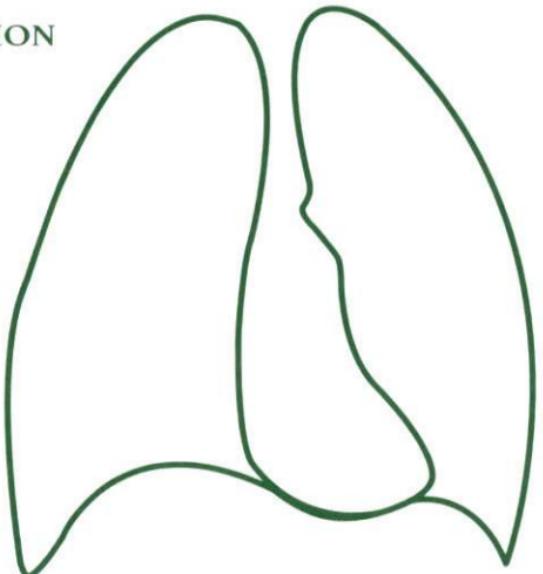
OPERATION

BILAN

TABAC

ASTHME

CARDIAQUE



BK

TOUX

FIEVRE

HEMOPTYSIES

DOULEUR D-G

CONTROLE

N° 0000035



RADIOLOGIE * 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 برايدة السوني خالد

خريج كلية الطب
بمونيبولي

19 OCT 2023

- Nom : EL HANKAOU Prénom : Noureddine

- Dr : Date :

- Interprétation :

IMAGE PLEINE
NORMALE

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

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

RD
10