

Fiche Administrative Adhérent

Code : PR2FR05
Version : 01
Date : 24/06/2022

7612483

ADHERENT

Nom : CHEGDAL Prénom : MOHAMED

Adresse : 26 Rue Longuedoc Quartier des hopitaux 3 etg N° CIN : BB25672
N°7, Résidence NIHAD

Sexe : M F Situation de Famille : Marié

Fonction actuelle : Chef de département Date de Naissance : 06/02/1986

Date d'entrée en fonction : 09/11/2009 Matricule : 12483

N° GSM: 0661721335 Tél FIXE: 0522294576

Email: chegdalmohamed@gmail.com

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

	Code	Nom et Prénom		Sexe	Date de Naissance	Profession	
	CC 1	SABIR SOUKAINA		M	F	17/05/1991	MEDECIN
(CC) Conjoint (s)	CC2			M	F		
	CC3			M	F		
	CC4			M	F		
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe		Date de Naissance	Scolarisé (e)	Célibataire
	E 01	YASMINE	M	F	31/08/2015	OUI	NON
	E 02	SOPHIA	M	F	03/04/2020	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

Fiche Administrative Adhérent

Code : PR2FR05
Version : 01
Date : 24/06/2022



DECLARATION DE L'ADHERENT

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Profession : Médecin

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

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ? CNOPS

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.....Le.....

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Formulaire Portail Adhérent

Code : PS2FR01

Version : 1

Date : 24/06/2022

CIN : BB25672.....

Matricule* : 12483.....

Nom* : CHEGDAL.....

Prénom* : MOHAMED.....

Date de Naissance* : 06/02 / 1986.

Adresse* : 26.Rue.Languedoc.Quartzier.des.hopitaux.3.etg N°7, Résidence NIHAD

Ville* : CASABLANCA.....

Pays* : MAROC.....

Code Postal* :

Email1* : chegdalmohamed@gmail.com.....

Email2 : mchegdal@royalairmaroc.com.....

Mobile1* : 0661721335.....

Mobile2 : 0662761493.....

Tél Fixe : 0522294576.....

*Obligatoire

MUPRAS collecte vos données en vue de gérer la couverture de santé. Vos données peuvent être communiquer aux services MUPRAS, aux prestataires de santé au Maroc et sous-traitant situé dans un pays assurant une protection suffisante de la vie privée. Vous disposez d'un droit d'accès de rectification et d'opposition en s'adressant à : SI@mupras.com

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur MUPRAS.



de la signature apposée ci-dessous
en présence de Mr.
Mohamed chegdal
BB 25672
qui a justifié de son identité
Casablanca le 26 Janv 2024
par Délégation
Minha LEBSIR
Officier d'Etat-Civil Par Délégation

Casablanca, le 26 / 01 / 2024

Signature

Lu et approuvé

