

## Fiche Administrative Adhérent

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

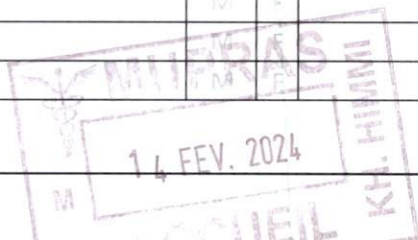
17612483

### 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

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe		Date de Naissance	Profession			
	CC 1	SABIR SOUKAINA	M	F	17/05/1991	MEDECIN			
	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	OUI	NON
	E 02	SOPHIA	M	F	03/04/2020	OUI	NON	OUI	NON
	E 03		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 04		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 05		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 06		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 07		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 08		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 09		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 10		M	F		OUI	NON	OUI	NON



**DECLARATION DE L'ADHERENT**

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT**



Profession : Médecin

Bénéficie-t-il d'une Couverture Médicale ou d'assistance ? ☒ Oui ☐ Non

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ? CNOPS

Bénéficie-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 »)



*(Handwritten signature)*





CIN : BB25672.....

Matricule\* : 12483.....

Nom\* : CHEGDAL.....

Prénom\* : MOHAMED.....

Date de Naissance\* : 06/02 / 1986

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

Ville\* : CASABLANCA.....

Pays\* : MAROC.....

Code Postal\* : .....

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

Email2 : mchedgal@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](mailto: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.



Vu pour la Régulation Matérielle  
de la signature apposée ci-  
en notre présence par Mr.

Mohamed chegdal  
BB 25672  
qui a justifié de son identité  
Casablanca le 26 Janv 2024  
par Délégation

حليمة لبيسر  
مكتبة الحالة المدنية بالتفويض  
Officier d'Etat-Civil Par Délégation

Casablanca, le 26 / 01 / 2024

Signature

Lu et approuvé

