

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

Réin Tégration
FICHE MEDICALE D'ADMISSION

 ADHERENT CONJOINT ENFANT

Photo

Nom : KECHARPrénom : LATIFAMatricule : 01312 Date de naissance : 01.01.1949 Sexe : FDate : 26/09/2023

Médecin :

Ex. clinique : Poids

94 kg / 1m64 . IMCUrinés [A S]

Coeur

T.A.

Ap. resp

Ap. dig

Hernies

Râte

Varices

Réflexes

Ex. complémentaires :

HbA1C 5, % - le reste du bilan st normal.
vit D basse - Corriger en fer . (Bilan st finis)

Antécédents :

HTA = Prezart 50 1cp/jDébete = non connu.Asymptomatic Ochellestat ECG RS RAS.* TA = 190/84 - 168/78 ce jour.* reprise de ton TT Prezart + Pinoter → Contrôle leNB = Contrôle Fo- RAC02/10/2023 → TA = 140/72

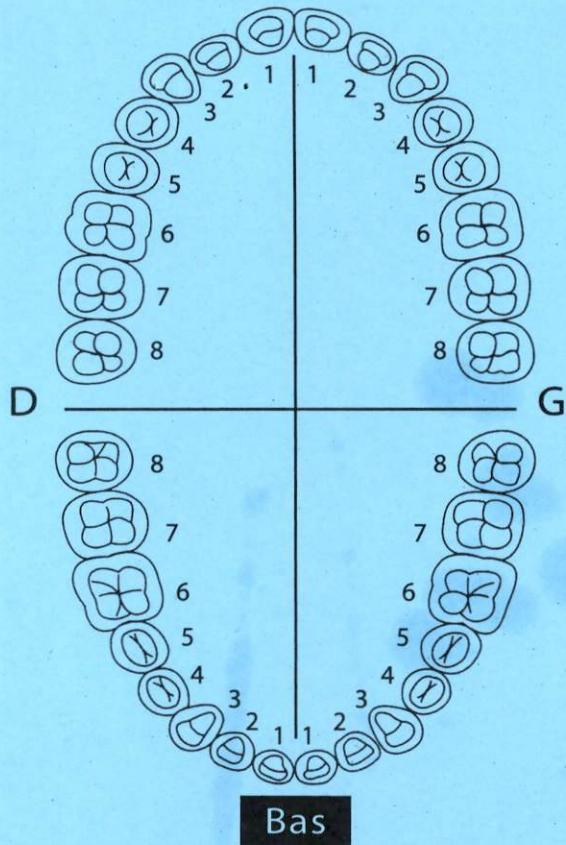
ACCORD MUPRAS :

f 22/11/23M A. SAMI

Haut

VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

OBSERVATIONS :



VISITE D'ADMISSION

Code : PR2AU01

Version : 01

Date : 20/04/2023

38/2023

Casablanca, le 01/08/2023



OBJET: VISITE D'ADMISSION

Docteur ZOUHEIR FATIMA

Adresse : 230 BD BRAHIM ROUDANI 3ème

Etage N°18 MAARIF

CASABLANCA

TEL : 05 22 25 21 81

Cher Docteur,

Nous nous permettons de vous confier pour visite d'admission Mme KECHAR LATIFA (Matricule 01312).

Nous vous prions de nous envoyer un rapport détaillé de sa santé

Veuillez agréer, Cher Docteur, l'assurance de mes sincères salutations.

Pièces Jointes :

- Fiche médicale
d'admission

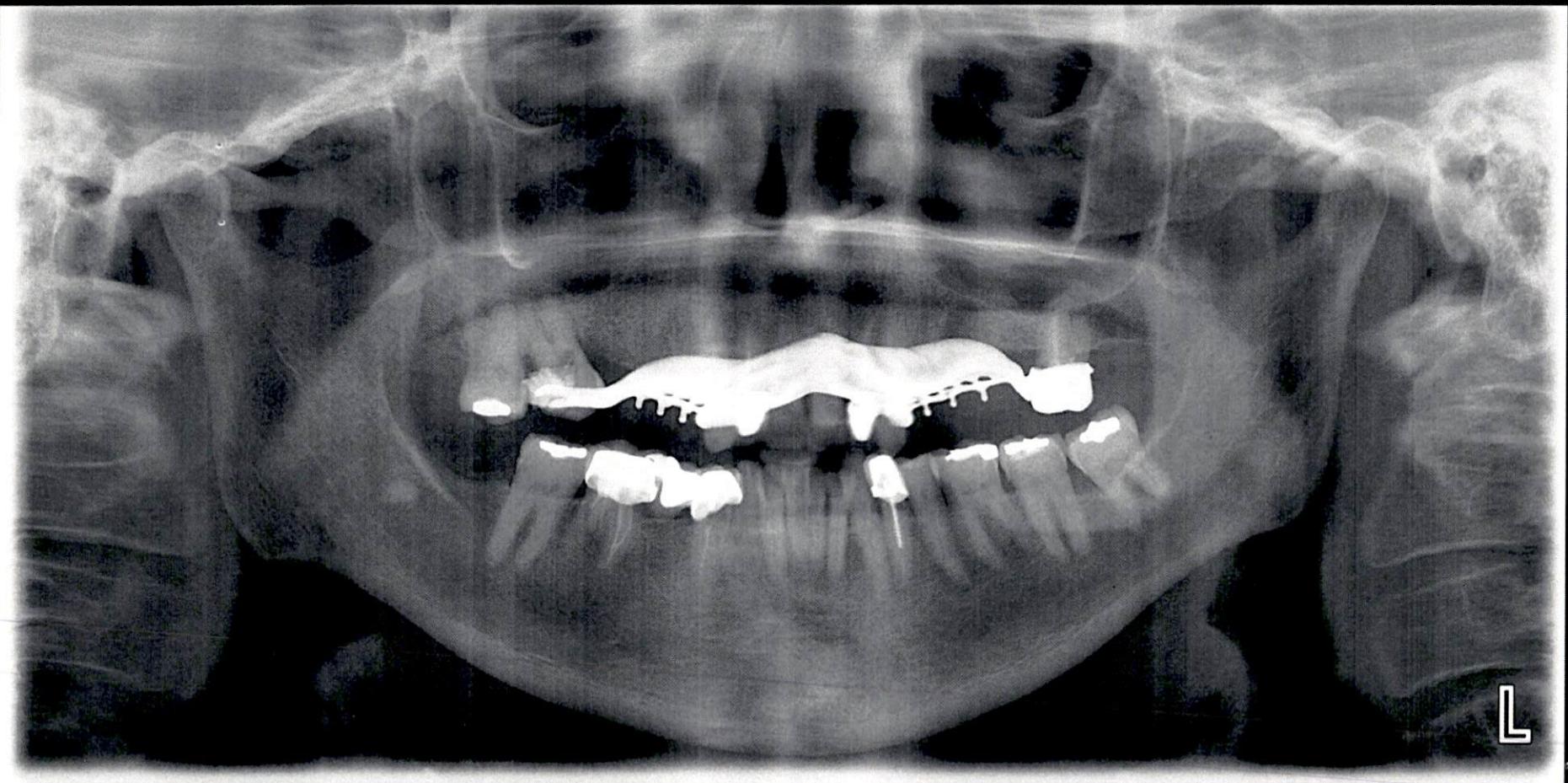

Directeur MUPRAS


KECHAR LATIFA, 01/01/49
ID 278734

Centre de Radiologie AL WILAYA

Imprimé par VariosPRINT binario

Scale: 100%



20/06/23 64,0kV 6,3mA 15,8s 72,5mGy×cm²



Dr. M. ALAOUI BOUHAMID

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 20 Juin 2023

NOM ET PRENOM: KECHAR LATIFA

EXAMEN REALISE : RX PHOTO THORAX

Résultats :

- Émoussement du cul de sac pleural gauche.
- Respect du cul de sac pleural droit.
- Absence de foyer de condensation parenchymateux décelable sur cet examen.
- Silhouette cardio-médiastinale normale.

En vous remerciant de votre confiance

DR M.ALAOUI BOUHAMID

Dr. M. ALAOUI BOUHAMID
Médecin Radiologue

Dr. M. ALAOUI BOUHAMID

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 20 Juin 2023

NOM ET PRENOM: KECHAR LATIFA

EXAMEN REALISE : PANORAMIQUE DENTAIRE

RÉSULTAT :

- Dentition de type adulte.
- Multiples secteurs édentés.
- PPA amovible.
- Couronne de la 34, avec bridge de la 44 à la 46.
- Absence d'anomalie focale suspecte de la trame osseuse.
- Fonds des sinus maxillaires libres.
- ATM en place.

En vous remerciant de votre confiance

DR M. ALAOUI BOUHAMID

Dr. M. ALAOUI BOUHAMID
Médecin Radiologue



F-23-06-0369-073 KECHAR LATIFA 72 F
20 06 2023
RADIOLOGIE LA WILAYA

Lignocellulose
Antibacterial

CASABLANCA N° 1404/2023
CASA OASIS

**ORDRE DE VIREMENT
ORDINAIRE**

du Donneur d'Ordre : BELHACHMI AMINE

Y1Rer

avoir par le DEBIT de mon Compte N° 00 0171 D 000430183

La somme de : Deux mille cent soixante dirhams

Montant : * 2 160.00 Dhs

En Faveur de : MUPRAS

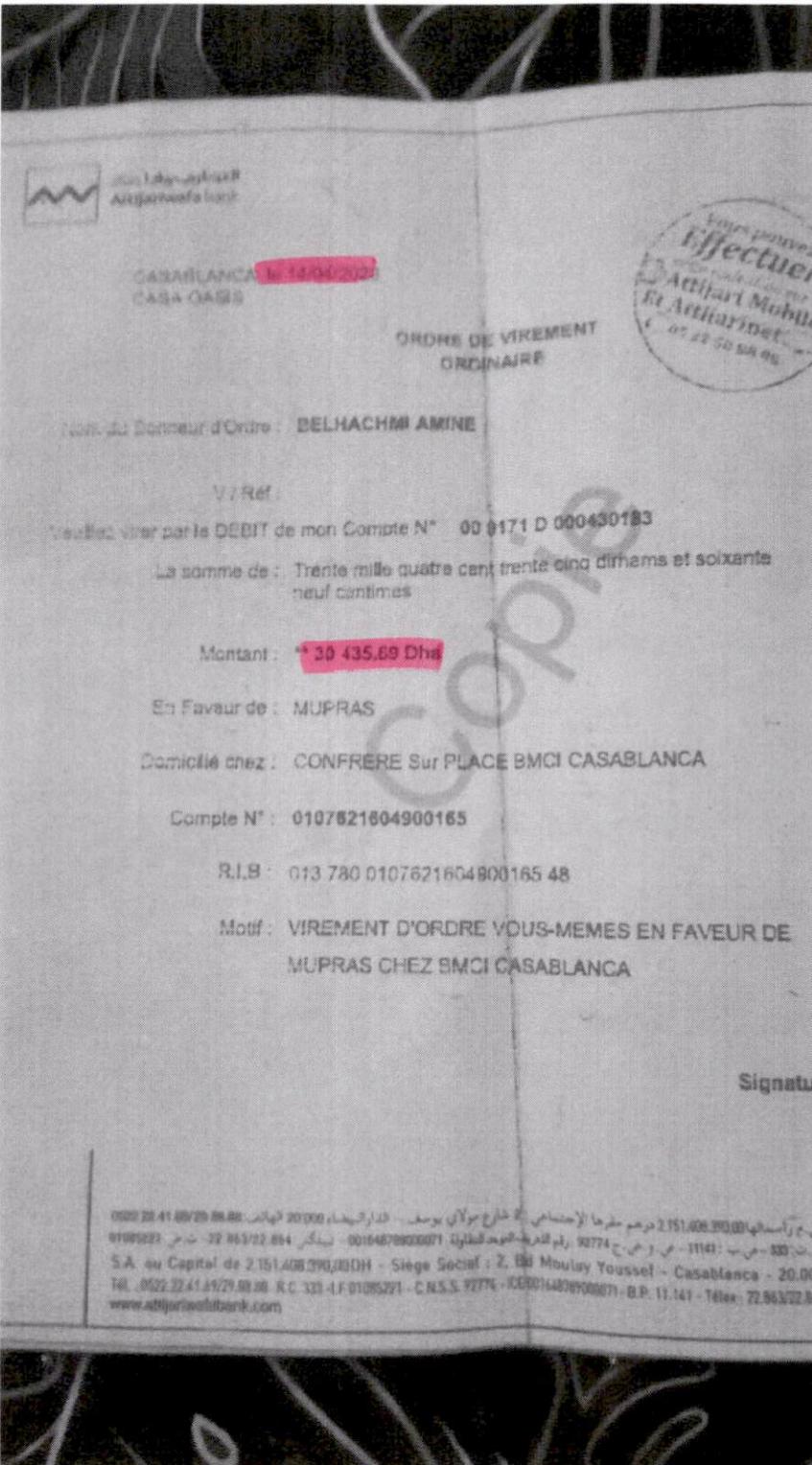
Domicile chez : CONFRERE Sur PLACE BMCI CASABLANCA

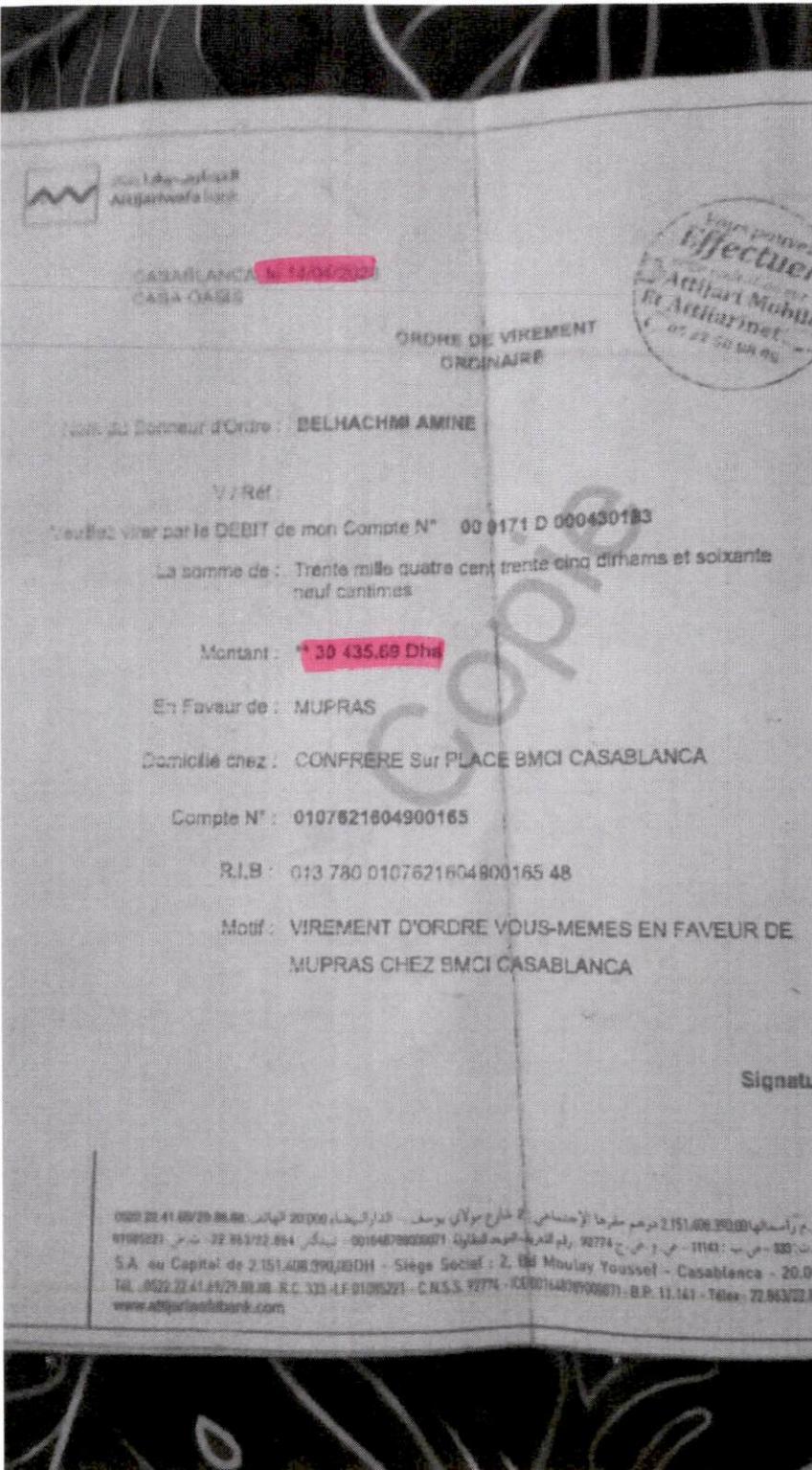
Sample N° : 0107621605000172

BLB: 0137800107621605000172 48

Motif : VIREMENT D'ORDRE VOUS-MEMES EN FAVEUR DE
MUPRAS CHEZ BMCI CASABLANCA

Signatur







Mutuelle ELFAIR
Trésorerie MUPRAS
Tél : 06212 532 008 336
Fax : 06212 647 366 795
Tél : 06212 532 008 236 / 532 254 540 (0/0)
Centre d'affaires Alital (Boulevard Hassan II, Avenue Hassan II, Casablanca)
Médiathèque et Rue Mohamed El Aïdi, Casablanca



De : Latifa Kechar <latifakechar18@gmail.com>

Envoyé : jeudi 17 novembre 2022 11:24

À : m.elfakir@mupras.com

Objet : Demande de réintégration - Madame Kechar Latifa (Matricule 1312)

A Monsieur le président de la MUPRAS,

Je viens très respectueusement par la présente, vous demander de bien vouloir accuser réception de ma demande de réintégration à la MUPRAS.

Je porte à votre connaissance que j'ai occupé le poste de secrétaire au sein de la direction Cargo du 05/04/1972 au 31/03/2005 (date à laquelle j'ai bénéficié du départ négocié).

Depuis cette date-là, j'ai toujours honoré le montant de la cotisation annuelle jusqu'à ce que le décès de deux membres de la famille m'ai causé du retard sur le règlement dans le délai.

Je me tiens à votre disposition pour vous fournir toutes les informations pouvant être nécessaires à ma réintégration.

En comptant beaucoup sur votre indulgence, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mon profond respect/

Kechar Latifa

De : Kenza Belatik <k.belatik@mupras.com>
Envoyé : jeudi 17 novembre 2022 11:31
À : 'Elfakir Mustapha' <m.elfakir@mupras.com>
Cc : 'Abdelmounaime Sami' <a.sami@mupras.com>; 'Yassine Issaoui' <y.issaoui@mupras.com>; 'Noureddine Bounniyt' <n.bounniyt@mupras.com>
Objet : RE: Demande de réintégration - Madame Kechar Latifa (Matricule 1312)

Bonjour M. Elfakir ,

Pour le cas de Mme KECHAR j'ai eue contact avec elle le 14 & 16-11-2022, nous attendons la réception des documents déjà demandés (pensions + demande de réintégration).

NB : en défaut cotisation depuis 2012 .

Cordialement



MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

BELATIK KENZA
Assistante Sociale
 Tél : 00212 522 204 545 LG
 GSM : 00212 667 945 593
 Direct : 00212 522 028 213
 Fax : 00212 522 227 818

Centre d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca



De : Elfakir Mustapha <m.elfakir@mupras.com>
Envoyé : jeudi 17 novembre 2022 11:31
À : 'Kenza Belatik' <k.belatik@mupras.com>; 'Noureddine Bounniyt' <n.bounniyt@mupras.com>
Cc : 'Abdelmounaime Sami' <a.sami@mupras.com>; 'Yassine Issaoui' <y.issaoui@mupras.com>
Objet : TR: Demande de réintégration - Madame Kechar Latifa (Matricule 1312)

Bonjour,
 Svp pour traitement et réponse.
 Merci

Cordialement

CONFIDENTIEL

MUPRAS

(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 : KECHAR PRENOM : Latifa

Date de naissance : 01/01/1949 Lieu de naissance : TAZA

Situation familiale :

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

GSM : 06 32 71 23 42

Adresse : Résidence du Sud n° 16 Appartement n° 11 3ème

étage bd 9 Avril Palmier Tél : casablanca

Matricule : 1312 Fonction : Retraitee

Date de la dernière cotisation : du au

*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	/	
1 er enfant à charge	/	
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
- Allergie	<input type="checkbox"/>	- Hypertension	<input checked="" type="checkbox"/>
- Asthme	<input type="checkbox"/>	Artérielle	<input type="checkbox"/>
- Diabète	<input type="checkbox"/>	- Tuberculose	<input type="checkbox"/>
- Des oreilles	<input type="checkbox"/>	- Du sang	<input type="checkbox"/>
- Articulation et Squelette	<input checked="" type="checkbox"/>	- Du cœur	<input type="checkbox"/>
- Rénales	<input type="checkbox"/>	- Des sinus + Nez	<input type="checkbox"/>
- Dermatologique	<input type="checkbox"/>	- Des yeux	<input type="checkbox"/>
- Du foie	<input type="checkbox"/>	- Syphilis	<input type="checkbox"/>
- De la thyroïde	<input type="checkbox"/>	- Cancer	<input type="checkbox"/>
- Gynécologiques	<input type="checkbox"/>	- SIDA	<input type="checkbox"/>
- Autres :		- Mentales	<input type="checkbox"/>
Lesquelles :			

3. Avez-vous pris des médicaments ?

 Non

 Oui

Lesquels : traitement PREZAR Tong (extension)

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

 Non

 Oui

:

DATE	NATURE	RESULTATS
2021 2022 + 2023	bilan général " " "	bons dans l'ensemble " "

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 : 4 Nombre de Fausse-couches : 2

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 %
<i>en pleine activité les années 2000 - chute des escaliers -</i>		

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 *2021* ; Nature : *Prothèse totale de la hanche droite*
2021 *Anémie*
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
marche

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 *06/07/2023* *6962*

Signature de l'adhérent :



MLE	01312		
Nom & Prénom	KECHAR LATIFA		
		cnss	3.553,60
		cimr	2.321,61
		BASE	5.875,21
Cotisation	nbre mois	Taux	Montant
01/2023 à 11/2023	11	4,2%	2714
		total	2714
FDS	nbre mois	fds mens	Montant
2023	11	10	110,00
		total	110
	somme		2824

✓ RL
 24/10/2023
 ✓ RL
 24/10/2027

22/11/23
 A vérifier le paiement de cotisations

M
 A Sani

RE: Demande de réintégration - Madame Kechar Latifa (Matricule 1312)

Kenza Belatik <k.belatik@mupras.com>

jeu. 01/12/2022 11:08

Boite de réception

A latifakechar18@gmail.com <latifakechar18@gmail.com>;

Cc Mustapha Elfakir <m.elfakir@mupras.com>; Noureddine Bounniyt <n.bounniyt@mupras.com>;

Bonjour Mme KECHAR ,

Je vous prie de trouver ci-dessous les détails de cotisation à régler ainsi que les conditions de réintégration.

MLE	01312
Nom & Prénom	KECHAR Latifa
Pecul	0
CNSS	3.553,60
CIMR	2.640,07
BASE	6.193,67
Cotisation	nbre mois
02/2012 à 02/2016	49
03/2016 à 12/2022	82
	Taux
	3,00%
	4,2%
	Montant
	9.104,69
	21.331,00
	30.435,69
FDS	nbre année
2014 -2022	9
	MT /année
	240
	Montant
	2.160,00

CONDITION DE REINTEGRATION

la validation de votre réintégration à la Mupras est soumise aux conditions suivantes :

- 1- Paiement de la totalité de la cotisation non réglé
- 2-Visite médicale au près du médecin conseil de la Mupras ;
- 3-Versement de 3 (trois) mois sans bénéficier de la couverture mutuelle (aucun dépôts de feuille de mutuelle ou Prise en charge avant l'écoulement des trois mois à compter de la date de réintégration à savoir (date de paiement) ;
- 4-Les frais médicaux ou chirurgicaux dus à des maladies graves ou malformations décelées au cours de cet examen, ne donnent lieu à aucune prestation sauf preuves justifiant l'antériorité de la couverture médicale.

Cordialement



MUPRAS DÉPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTÉGER

BELATIK KENZA

Assistante Sociale

Tél : 00212 522 204 545 LG
 GSM : 00212 667 945 593
 Direct : 00212 522 028 213
 Fax : 00212 522 227 818

Centre d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca





RIB MUPRAS POUR REGLEMENT

COTISATION&FDS

Code : PR3FR04

Version : 1

Date : 23/05/2022

COTISATION

BMCI

FAR - CASA

013780010762160490016548

Matricule : 01312

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

Période : 01/01/2023 Au 30/11/2023

Montant : 2714 dh

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 : 01312

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

Période : 01/01/2023 Au 30/11/2022

Montant : 110 dh

Mode de paiement :

- ✓ Par versement d'espèce à la banque
- ✓ Par virement de compte à compte



ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE



المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

لطيفة

فشار

من مولود في تاريخ
بـ تازة

LATIFA

KECHAR

Née le

01.01.1949

à TAZA



المدير العام للأمن الوطني

Q.D.G.

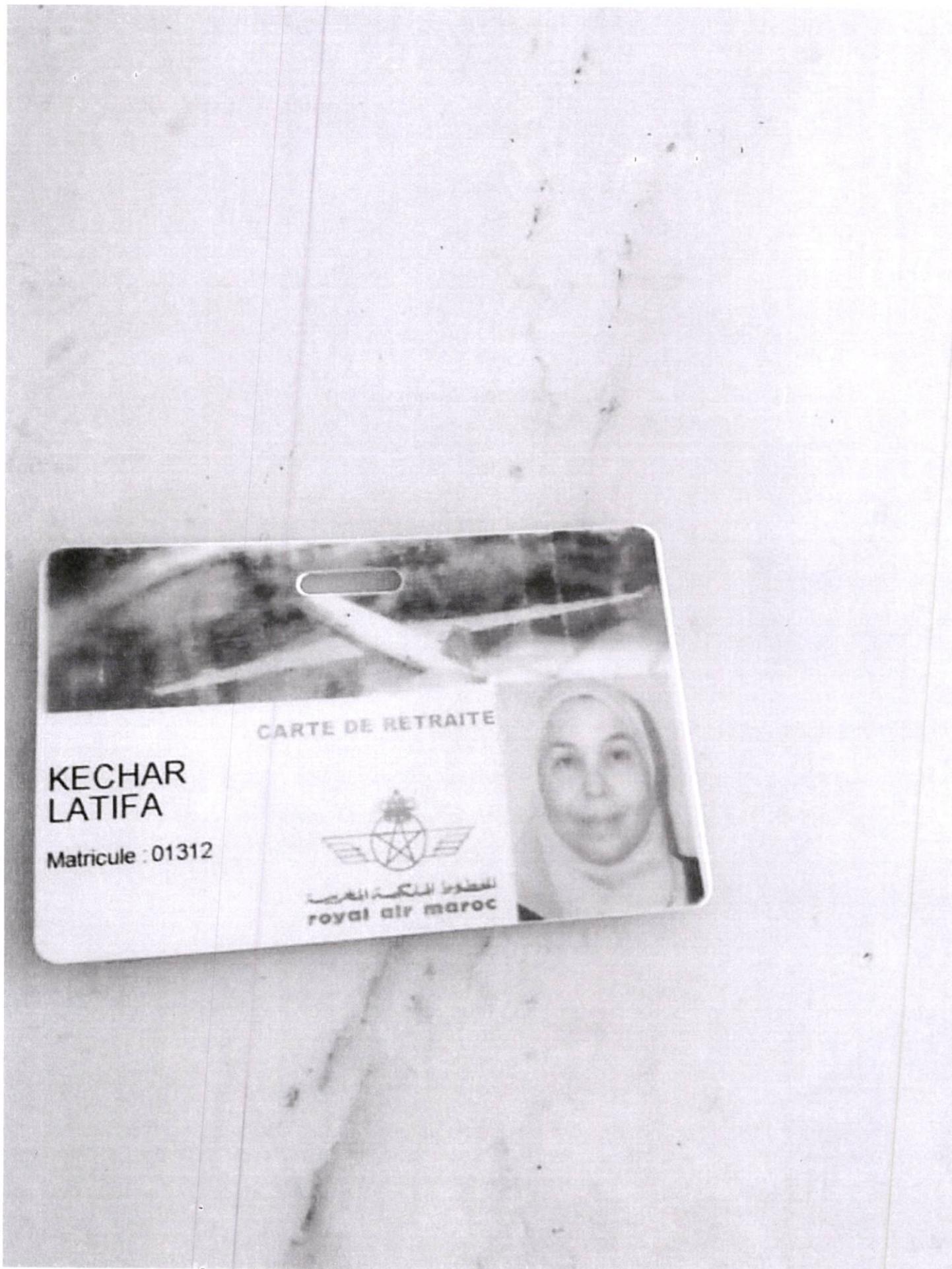
عبد الله بن حمدوني



CAN 375174

N° B331614 رقم

صالحة إلى غاية 28.12.2032 Valable jusqu'au 28.12.2032





رقم الملف: 8421951
نوع الملف: ملخص
العنوان: ملخص و المراجع
المؤلف: د. محمد بن ناصر

THE ALL-ALL BAND-LAB
THE FATHER-SON LENSHE-

لـ 15 آذار 1941 قبة الحرب على 11 حي الساحل الجنوبي
Adress: 15 BD 9 AVRIL PLS LE SUD ETG 00 APT 100 PALMERS CASABLANCA

IDMAROP17NVWV<78331614<<<<<<
49D1D13F3212286MAR<<<<<<<<<<<
KECHAR<<LATIFA<<<<<<<<<<<