

mle-11841

Fiche Administrative Adhérent

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

ADHERENT

Nom : KHALIDI Prénom : LATIFA
Adresse : 67 LOT DONICA TDAHANEDIA N° CIN : WA 728 16
Sexe : ☐ M ☒ F Situation de Famille : Marier
Fonction actuelle : Chf de Cabine RAN Date de Naissance : 14/11/1976
Date d'entrée en fonction : 04/02/2004 Matricule : 11841
N° GSM : 06 61 550 180 Tél FIXE :
Email : L.KHALIDI@ROYALAIRMAROC.COM

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe		Date de Naissance	Profession			
	CC 1	<u>SAISSI THANI</u>	<u>M</u>	<u>F</u>	<u>18/06/1962</u>	<u>Retraité</u>			
	CC2		M	F					
	CC3		M	F					
	CC4		M	F					
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe		Date de Naissance	Scolarisé (e)		Célibataire	
	E 01		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 02		M	F		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 : Retraité (RAD)

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

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ? MUPRAS

Bénéficie-t-il d'une Couverture Complémentaire ☐ Oui ☒ Non

Est-il affilié à la CNSS (si oui mentionner le N°) : ☒ Oui ☐ Non - Numéro : 168536154

Est-il affilié à la CMR (si oui mentionner le N°) : ☒ Oui ☐ Non - Numéro : 260,47

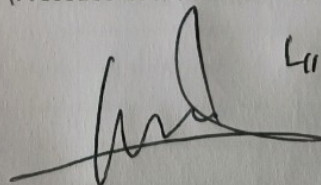
Je déclare sur l'honneur exactes et sincères les réponses ci-dessus.

Je reconnais que toute réticence, omission ou fausse déclaration entraînerait la nullité de mon adhésion conformément aux dispositions en vigueur.

Fait à Le 14/12/2023

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »

 Lu et Approuvé.

Fiche Administrative Adhérent

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

ADHERENT

Nom : SOUISSI Prénom : THADY
Adresse : 67 LOT DONICA JOHANNEDIAN N° CIN : N21957
Sexe : ☒ M ☐ F Situation de Famille : Marie'
Fonction actuelle : Retraité Date de Naissance : 18/06/1962
Date d'entrée en fonction : Nov 1994 Matricule : 8331
N° GSM : 0661318731 Tél FIXE :
Email : SOUISSI.THADY@GMAIL.COM

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe		Date de Naissance	Profession			
	CC 1	<u>KHALIDI LATIFA</u>	M	<u>1</u>	<u>14/11/1976</u>	<u>C.C</u>			
	CC2		M	F					
	CC3		M	F					
	CC4		M	F					
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe		Date de Naissance	Scolarisé (e)		Célibataire	
	E 01		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 02		M	F		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 : Chef de Cabine RAN

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

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ? MUPRAS

Bénéficie-t-il d'une Couverture Complémentaire ☐ Oui ☒ Non

Est-il affilié à la CNSS (si oui mentionner le N°) : ☒ Oui ☐ Non - Numéro : 102134857

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 Mohamedia le 14/12/2023

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Lu et Approuvé

