

**Entité A et Solidarité**

**111395**

**Demande PEC Totale**

<b>Nom et Prénom</b>	<b>Mle</b>	<b>N° Dossier</b>	<b>Type de Demande</b>	<b>Frais engagés</b>	<b>Mont Accordé</b>	<b>Restant à Charge</b>
SAFRI MILLOUD	5652	11395	Demande PEC Totale Achat Médicament	27370,00	21536,00	5834,00

**A.Sociale**

**Directeur**

**Recette et Recouvrement**

**Trésorier**

**Président**

*Q.*

*A.*

*G. P.*

*Y. P.*

*M. J. O.*

*On va faire venir une femme*

*Elle va faire venir une femme*

mle 5652  
SAFRI

Réf : PR05\_003

**MUPRAS**  
RECEPTION 9

## DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Je soussigne : .....SAFRI..... Miloudi.....

Titulaire de la CIN : .....44.540.....

Matricule : .....5652.....

Adresse domicile : .....40, coop. El Nafha Dersoua Berachid

Bénéficiaire : .....conjoint.....

Téléphone : .....066.84.9.83.54.....

Email : .....s.m.loudi.62@gmail.com.....

Motif de la demande :  PEC totale  Restitution du RAC  Exonération cotisation

Si PEC totale : j'autorise la MUPRAS à prélever le RAC sur :

CIMR  BANQUE

Je joins à ma demande les pièces justificatives de ma situation suivante :

- Copie badge ;
- Copie carte d'identité ;
- Pensions CIMR et CNSS ;
- Certificat de scolarité ;
- Divers (à préciser) : .....

J'atteste sur l'honneur que toutes les informations que j'ai fournies sont correctes.

Fait à :

Le :

Signature :

Dersoua.....

12/04/2022



DU POUR LA LEGALISATION DE SIGNATURE DE  
M.M: S.M. LOUDI SAFRI

NB : En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées par ses bénéficiaires.

## DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Je soussigne : ..... S. AÏSSI. M. LOUDI .....

Titulaire de la CIN : ..... 11.44540 .....

Matricule : ..... 5.652 .....

Adresse domicile : ..... 40, coop. El Maâfa Dernières .....

Bénéficiaire : ..... HABIB B. MINA .....

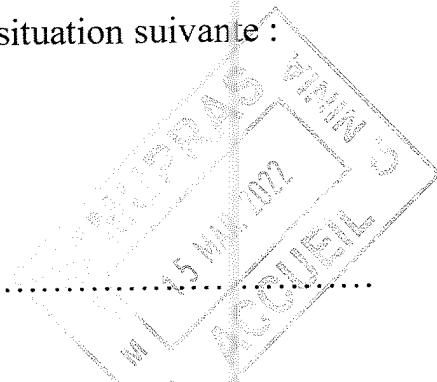
Téléphone : ..... 066.849.8354 .....

Email : ..... smloudi.62@gmail.com .....

Motif de la demande : ..... payement...medicament .....

Je joins à ma demande les pièces justificatives de ma situation suivante :

- Copie badge ;
- Copie carte d'identité ;
- Pensions CIMR et CNSS ;
- Certificat de scolarité ;
- Divers (à préciser) : .....



J'atteste sur l'honneur que toutes les informations que j'ai fournies sont correctes.

Fait à :

...casab.....

Le :

15/03/2022

Signature :

**NB** : En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées par ses bénéficiaires.

CASABLANCA -

le 23/03/2022.

## Demande aide sociale -

Bonjour :

je soussigne : SAFRI miboudi  
M<sup>le</sup> 5652

que ma femme : HABIB - mina - âgée de :  
52 ans est atteinte de plusieurs maladies  
chroniques :

- \* PSA -
- \* Asthme -
- \* Hypertension -
- \* Rétrécissement du cerveau.

Ainsi, par la présente, je sollicite bénéficier  
d'une prise en charge complète (100/100)

dans l'attente d'une réponse que j'espère  
positive, je vous pris de croire, en l'expression  
de mes sentiments distingués.

Merci -

Signé :

SAFRI miboudi



25/03/2022

## RAPPORT ENQUETE SOCIALE

<b>Nom &amp; Prénom</b>	SAFRI MILOUD
<b>Matricule</b>	05652
<b>Nature de la maladie</b>	Polyarthrite Rhumatoide + HTA + Retrecissement du Cerveau

\*\*\*Pension CIMR : 1823,03  
\*\*\*Pension CNSS : 4200,00  
\*\*\* Frais Traitement 2000Dhs/Mois  
\*\*\* Frais de Scolarité 2200,00Dh/Mois

### ENQUETE SOCIALE :

M. SAFRI MILOUD Agé de 60Ans Ex Agent RAM, Père de 6 Enfants , 3 Enfants scolarisés (11ans, 14ans,21Ans) une fille en chomage et une femme au foyer à sa charge qui souffre des maladies chroniques:

- **Asthme, Hypertension, Rétrecissement du Cerveau et Polyarthrite Rhumatoide.**

M. SAFRI estime avoir une prise en charge Totale sur les frais du traitement de son épouse 27 730,00/3Mois

**NB : RAC sur Traitement de 3Mois est de 5 834,00Dhs.**

**SIGNATURE :**



**SIEGE SOCIAL :** 6 éme Etage, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir (ex Rue  
Tél : 05-22-22-78-14/15 Fax : 05-22-22-78-18 [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

CASABLANCA, LE

15/03/2022

SAFRI MILOUDI

40 COP EL WAFA DEROUA

BERRECHID  
MAROC

**ATTESTATION**

---

Nous soussignés, CAISSE INTERPROFESSIONNELLE MAROCAINE DE RETRAITES.  
certifions que :

MONSIEUR SAFRI MILOUDI

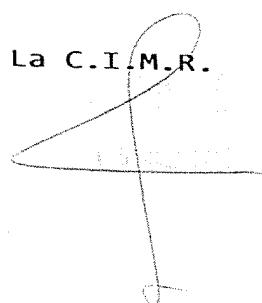
allocataire n° 265373

perçoit une pension dont le montant brut mensuel s'élève à

DH. 1.823,03  
MILLE HUIT CENT VINGT TROIS DIRHAMS 03

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

La C.I.M.R.



Siège social

100, boulevard Abdelloumen - 20340 Casablanca

Tel : 05 22 424 888

[www.cimr.ma](http://www.cimr.ma) - [www.cimrpro.ma](http://www.cimrpro.ma)

المقر الاجتماعي

100. شارع عبد المؤمن 20340 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 424 888

[www.cimr.ma](http://www.cimr.ma) - [www.cimrpro.ma](http://www.cimrpro.ma)

## DR RAFIK MARIYA

Spécialiste en médecine interne

Maladies Systématiques

Grands Syndromes

Maladies Rhumatologiques

Maladies du Sang

مراض الباطنية  
مراض المجموعات

الأمراض الكبيرة

أمراض الروماتيزم

أمراض الدم

Ex Medecin

à l'hôpital My Youssef et Ibn Rochd

Casablanca

Berrechid : 23 2022

طبيبة سابقة بمستشفيات

مولاي يوسف و ابن رشد

الدار البيضاء

Complexe Nefro-Neuro

Nou 14 ans 11 mois 05 de Je

5.2 ans En 8 depuis 2017

par une spondylique on y passe  
nous en 2 mois de l'ultra

nous en 5 mois des fortes

plaies, lésions cutanées

on a l'ultra

l'ultra

l'ultra

ce qui a jusqu'à 0 mm



NO 001050

5 Lotissement Bassine - Béjaia 50150 Lotissement hamza  
Gsm : 06 61 67 72 30 - Tel : 05 23 51 45 37 - 05 23 03 18 18  
E-mail : Groupe-jeanjoures@gmail.com

Groupes Scolaires  
Jean Joures

Detours

<https://fr-fr.facebook.com/gsjeanjoures>

N° d'inscription :

Nom et Prénom : YOUSSEF BEN YOUSSEF

Classe : CP

Montant : 200000 Mois : 12

Avance : 0 Reste : 0

Frais d'inscription :

GSM : 06 61 67 72 30



N° 3001663

5 Lotissement Bassine - Béjaia 50150 Lotissement hamza

Gsm : 06 61 67 72 30 - Tel : 05 23 51 45 37 - 05 23 03 18 18

E-mail : Groupe-jeanjoures@gmail.com

<https://fr-fr.facebook.com/gsjeanjoures>

N° d'inscription :

Date : 25/05/2018

Nom et Prénom : YOUSSEF BEN YOUSSEF

Classe : CP

Montant : 200000 Mois : 12

Avance : 0 Reste : 0

Frais d'inscription :

GSM : 06 61 67 72 30



N° d'inscription	Date
Nom et Prénom	Prénom

stammtausch-verein-thun-schul-verein-thun  
Gesamt 96 01/09 22.30 100 01/09 22.30 - 02.09.04  
Kinder- und Jugendwochenende 2004  
Verein für Kinder- und Jugendwochenende



3, L'Estremont Yssingeaux, Demontigny, 63100 Clermont-Ferrand  
Gsm : 06 61 67 72 30 - Tel : 04 73 21 35 85 - Fax : 04 73 22 01 18  
E-mail : [crempe@wanadoo.fr](mailto:crempe@wanadoo.fr) - [www.crempe.com](http://www.crempe.com)  
<http://www.facebook.com/crempe>

N° d'inscription	100	Date	1921
Non et Prénom	Emile	Prénom	Emile
Classe	6 <sup>e</sup>	Section	3 <sup>e</sup>
Matière	2 <sup>e</sup>	Année	1921
Avance			
Frais d'inscription			
GSM			

RÉGISTRE

1921

N.B : frais du mois doit être payé au début

M.C. : mais alors il doit être payé au client