

 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	<b>FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</b>	Code Procédure : PR4
		Version : 1.0
		Date : 27/05/2022

# MLE-2022

## CONFIDENTIEL

(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 : .....khoul.....      PRENOM : .....mohamed.....  
 Date de naissance : .....15/01/56.....      Lieu de naissance : .....casablanca.....  
 Situation familiale :  
                                  Marié/Mariée  
                                  Célibataire  
                                  Veuf/Veuve  
                                  Divorcé/Divorcée      x  
 GSM : .....0606034209.....  
 Adresse : .....17 rue roussillon résidence de l'amitié quartier des hopitaux Casablanca.....  
 .....      Tél : .....  
 Matricule : .....02022.....      Fonction : .....Responsable Financier.....  
 Date de la dernière cotisation : du JUL..... au SEP 2022

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

### 3. Avez-vous pris des médicaments ?

Non ☐ Oui ☒

Lesquels : .....AMEP-5g.....

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

Non ☒ Oui ☐ :

DATE	NATURE	RESULTATS

**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 dus 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 : ..... Nombre de Fausse-couches : .....

**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 %

**10. Avez-vous eu des blessures ?**

Non ☒

Oui ☐

Dates et natures : .....

**11. Avez eu subi des interventions chirurgicales ou avez-vous été hospitalisé en clinique ou à l'hôpital ?**

Non ☒

Oui ☐

Dates ..... ; Nature : .....

**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 ☐

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 27/09/2022

Signature de l'adhérent :

