

	<b>Formulaire</b>	<b>Code :</b>	<b>Version</b>
	<b>Fiche d'adhésion</b>	FOR_MUT_001	01
		<b>Date d'application :</b> 24/08/2015	

### I - Informations sur le demandeur

**Nom** : ..... **Prénom** : .....  
**CIN N°** : ..... **Date d'expiration:** ..... **Né le** : ..... **Lieu** : .....  
**Sexe** :  Masculin  Féminin **Nationalité** :  Marocaine  Etrangère Préciser : .....  
**Situation familiale** :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  
**Profession** :  Pharmacien  Médecin  Chirurgien Dentiste  Vétérinaire  
**Spécialité** : ..... n° d'autorisation : ..... date d'autorisation : .....  
**Adresse de correspondance** : ..... **Ville** .....  
**Adresse Professionnelle** : ..... **Ville** .....  
**Tél.** : ..... **GSM** : ..... **Fax** : ..... **E-mail** : .....

### II - Informations sur les personnes à charge

#### II - 1 - Conjoint (e) :

**Nom** : ..... **Prénom** : .....  
**CIN N°** : ..... **Date d'expiration:** ..... **Né le** : ..... **Lieu** : .....  
**Date de mariage** : ..... **Fonction** : .....  
**Nationalité** :  Marocaine  Etrangère Préciser : .....

#### II - 2 - Enfants :

	Nom & Prénom	Né le	Lieu	Mas.	Fém.
1-	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III - Questionnaire médicale :

	Maladies antérieures		Opérations chirurgicales		Maladies chroniques		Suivez-vous un traitement ? si oui lequel ?	Grossesse en cours ?	Avez-vous une assurance complémentaire ?
	Nature :	Guéris : Oui Non	Nature	Année	Nature	Depuis			
<b>Le Demandeur</b> Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : ..... Taille : ..... Poids : .....	..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui; MUGEPHAR-PS sera <input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Complémentaire	
<b>Le Conjoint</b> Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : ..... Taille : ..... Poids : .....	..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui; MUGEPHAR-PS sera <input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Complémentaire	
<b>Enfant 1</b> Prénom : ..... Taille : ..... Poids : .....	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui; MUGEPHAR-PS sera <input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Complémentaire	
<b>Enfant 2</b> Prénom : ..... Taille : ..... Poids : .....	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui; MUGEPHAR-PS sera <input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Complémentaire	
<b>Enfant 3</b> Prénom : ..... Taille : ..... Poids : .....	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui; MUGEPHAR-PS sera <input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Complémentaire	
<b>Enfant 4</b> Prénom : ..... Taille : ..... Poids : .....	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui; MUGEPHAR-PS sera <input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Complémentaire	
<b>Cadre réservé au demandeur</b>					<b>Cadre réservé à la MUGEPHAR-PS</b>				
Fait à ..... le .....					Fait à Rabat le .....				
Cachet et Signature					Signature et Cachet :				
1 – Décision : <input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé					2 – Taux de remboursement :				
3 – Numéro d'adhésion :									