



Photo

Assurance Maladie Obligatoire

(Loi 65-00 portant le code de la couverture médicale de base)

Fiche de Renseignements sur l'Assuré et ses ayants droit

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

N° CIN :

N° PPR/ou N° de Pension (*) :

Adresse :

Ville :

Etat civil : Célibataire Marié (e) Divorcé (e) Veuf (ve)

Relevé d'Identité bancaire (RIB) :

Date de recrutement :

Organisme Employeur / ou Caisse de Retraite :

Adresse de l'Organisme Employeur :

Echelle : échelon :

(*) : Les agents relevant de la Paierie Principale des Rémunérations ou des caisses de retraite

Renseignements sur le(s) conjoint(s)

Nom et Prénom	CIN	Date et lieu de naissance	Date de mariage	Profession
				Sans profession <input type="checkbox"/> Libérale <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/>

Renseignements sur les enfants à charge

Prénom	Date de naissance	N° CIN Enfant (pour les enfants plus de 16 ans)

L'assuré	L'employeur
Date :	Date :
Signature :	Signature et cachet :

Pièces à joindre (dispositions de l'article 8 du décret n° 2-05-738 du 18 juillet 2005, fixant les conditions d'affiliation et d'immatriculation au régime de l'Assurance Maladie Obligatoire) :

<ul style="list-style-type: none"> - Deux photos d'identité de l'assuré - Deux photos d'identité du conjoint - Un extrait de naissance de l'assuré et du conjoint - Un extrait d'acte de mariage - Un relevé d'identité bancaire - Certificat de scolarité - Certificat de célibat 	<ul style="list-style-type: none"> - Un extrait d'acte de naissance de chaque enfant - Une photocopie de la CIN de l'assuré et de conjoint (Recto verso) - Une photocopie de la carte mutuelle pour les anciens adhérents - Une photocopie de la CIN de chaque enfant âgé de plus de 16 ans - Un dossier médical justifiant l'impossibilité totale permanente et définitive de se livrer à une activité pour les enfants handicapés.
---	---

POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE, CONTACTER LE NUMERO DE TELEPHONE SUIVANT : 082 000 222