

CIN :

Matricule* :

Nom* :

Prénom* :

Date de Naissance* : / /

Adresse* :

Ville* :

Pays* :

Code Postal* :

Email1* :

Email2 :

Mobile1* :

Mobile2 :

Tél Fixe :

***Obligatoire**

MUPRAS collecte vos données en vue de gérer la couverture de santé. Vos données peuvent être communiquées aux services MUPRAS, aux prestataires de santé au Maroc et sous-traitant situé dans un pays assurant une protection suffisante de la vie privée. Vous disposez d'un droit d'accès de rectification et d'opposition en s'adressant à : SI@mupras.com

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur MUPRAS.

Casablanca, le / /

Signature

Lu et approuvé