



Caisse Nationale des Organismes  
de Prévoyance Sociale



**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 : .....  
 Adresse E-MAIL : .....  
 Etat civil : Célibataire  ..... Marié (e)  ..... Divorcé (e)  ..... Veuf (ve)  .....  
 Relevé d'Identité bancaire (RIB) : .....  
 Date de recrutement : .....  
 Matricule Agent chez l'employeur : .....  
 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
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

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