



MLE-5130

Agence 17 HAY HASSANI

07-juil-23

**Attestation de Non bénéfice de
l'Assurance Maladie Obligatoire
<<Immatriculé(e) Inactif(ve)>>**

شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية الإجبارية
{مسجل غير نشيط}

N° :

0247

رقم :

Le Directeur Général de la CNSS,
atteste par la présente que :

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الإجتماعي بأن :

M(me) :

ROUGANI MOHAMED

السيد (ة) :

Né(e) le :

16/11/1961

المزاداد (ة) بتاريخ :

Titulaire de la CIN n° :

B472597

والحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم :

immatriculé(e) à la CNSS sous le n° :

188471413

مسجل (ة) بالصندوق الوطني للضمان الإجتماعي تحت رقم :

Ne Bénéficie pas des prestations servies par la
CNSS au titre de la couverture médicale
obligatoire de base et ce, conformément aux
dispositions de l'article 101 de la loi 65-00
portant code de la couverture médicale de
base.

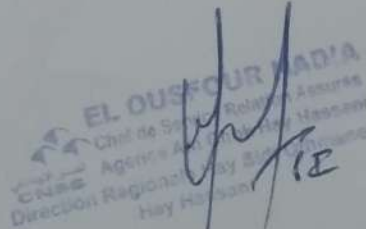
لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق
الوطني للضمان الإجتماعي المتعلقة بالتغطية الصحية
الإجبارية, طبقا لمقتضيات الفصل 101 من قانون 65-00
بمناوبة مدونة التغطية الصحية الأساسية.

Cette attestation est délivrée à l'intéressé(e),
sur sa demande, pour servir et valoir ce que de
droit.

هذه الشهادة سلمت للمعني (ة) بالأمر بناء على طلب منه (ها) قصد
الإدلاء بها عند الحاجة.

Signature et Cachet
du Chef d'Agence

إمضاء وخاتم
رئيس الوكالة



Ces données peuvent être modifiées à l'occasion de tout
contrôle de conformité ou vérification ultérieurs par les
services de la CNSS, selon la réglementation et les procédures
en vigueur.

هذه البيانات يمكن تعديلها اثر أي مهمة للمراقبة أو التفتيش التي قد
تقوم بها لاحقا مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقا
للقوانين و المساطر المعمول بها.

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

ما عدا خطأ أو نسيان

Réf : 610-2-61

Indice de révision : 01

Je soussigné(e),		أنا الموقع (ة) أسفله،
Nom	<u>BOUGGANI</u>	الاسم العائلي
Prénom	<u>Salima</u>	الاسم الشخصي
Titulaire de la CNI (*) n°	<u>B252610</u>	والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم
Immatriculé à la MUPRAS sous le n°	<u>05130</u>	مسجل بالتعاضدية تحت رقم
Déclare sur l'honneur que mon conjoint madame / monsieur :		أصرح بشرفي أن زوجي (زوجتي) السيد (ة) :
Nom	<u>BOUGGANI</u>	الاسم العائلي
Prénom	<u>Mohamed</u>	الاسم الشخصي
Date de naissance	<u>16/11/1961</u>	تاريخ الميلاد
Titulaire de la CNI (*) n°	<u>B472597</u>	والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم
N'exerce aucune activité imposable à l'IR et/ou l'IS au titre de l'année fiscale : <u>2023</u>		لا يزاول (تزاوّل) أي نشاط أجري أو مهني خاضع للإقتطاع لضريبي على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة المالية :

Je certifie que toutes les informations que j'ai fournies sont correctes, et je m'engage à avertir les services de la MUPRAS de tout changement de la situation de mon conjoint (e).

أشهد بصحة المعلومات المصرح بها، وأتعهد بإخطار التعاضدية بأي تغيير في وضع زوجي (زوجتي).

NB :

Toute fausse déclaration pourra entraîner la suspension de votre droit à la couverture MUPRAS avec l'obligation de restitution des remboursements indument perçus, conformément au règlement intérieur « Article 4 et 6 ».

نبيه:

تصريح غير صحيح يعرض المصرح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام بإسترجاع المبالغ المستلمة طبقا للقانون الداخلي الجاري به العمل

بواد 4 و 6.

15/06/2023
Le :
A :
Signature التوقيع
A. B.

Les traitements des données individuelles sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel
معالجة المعطيات الخاصة طبقا لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية
شخصيات الفئات المعطيات ذات الطابع الشخصي

(*) ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation)
أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل)
P. Le président de la délégation