

Je soussigné(e),		أنا الموقع (ة) أسفله:	
Nom	<u>BEN BAHATI</u>	الاسم العائلي	
Prénom	<u>Fahmed</u>	الاسم الشخصي	
Titulaire de la CNI (*) n°	<u>475558</u>	والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم	
Immatriculé à la MUPRAS sous le n°	<u>7284</u>	مسجل بالتعاقدية تحت رقم	
Déclare sur l'honneur que mon conjoint madame / monsieur :		أصرح بشرفي أن زوجي (زوجتي) السيد (ة) :	
Nom	<u>FLOUTRANE</u>	الاسم العائلي	
Prénom	<u>NOURA</u>	الاسم الشخصي	
Date de naissance	<u>15/02/1963</u>	تاريخ الميلاد	
Titulaire de la CNI (*) n°	<u>3479865</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 : 2022 / 2023		لا يزاول (تزاوّل) أي نشاط أجري أو مهني خاضع للإقطاع الضريبي على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة المالية:	

certifié 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 التعاقدية بأي تغيير في وضع زوجي (زوجتي).

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

تنبيه:

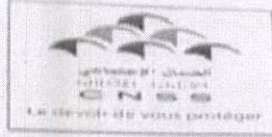
ي تصريح غير صحيح يعرض المصرح إلى تعليق العضوية في التعاقدية مع الالتزام بإسترجاع المبالغ المستلمة طبقا للقانون الداخلي الجاري به العمل مواد 4 و 6).

Le: <u>28/08/2023</u>	بتاريخ:
<u>ASA BLANCA</u>	في:
<u>Signature</u>	التوقيع
<u>Signature</u>	التوقيع

الجهة المعطيات الخاصة طبقا لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية ص الذاتين اتجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.

ند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل)

de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation)



7284

Agence ZIRAOUJ

19/09/2023

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

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

N° : 08/114/2023 رقم :

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

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بأن :

M(me) :

MOUTRANE NOURA

السيد (ة)

Né(e) le :

15/02/1963

المزدد(ة) بتاريخ :

Titulaire de la CIN n° :

B479865

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم :

Immatriculé(e) à la CNSS sous le n° :

115611032

مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تحت رقم :

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
relatif au code de la couverture médicale de
base.

لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي المتعلقة بالتغطية الصحية
الإجبارية، طبقاً لمقتضيات الفصل 101 من قانون 65-00
بمقتضى مدونة التغطية الصحية الأساسية.

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

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

Signature et Cachet
du Chef d'Agence

AIT TALEB MOHAMED
Chef d'Agence Ziraoui
Direction Régionale CNSS - ANFA
Pôle Réseau

إمضاء وخاتم
رئيس الوكالة

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

هذه البيانات يمكن تعديلها اثر أي مهمة للمراقبة أو التفتيش التي قد
تجرى بها لاحقاً مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً
للنصوص والمسطر المعمول بها.

Attention à l'absence de
"ve d'erreur ou d'omission"

هذا خطأ أو تسميان