



MLE-5095

À CASABLANCA le : 25/12/2023

في ، بتاريخ

Réf : 170/19/2023

مرجع :

**Attestation de Non bénéfice de l'Assurance  
Maladie Obligatoire « Immatriculé(e) Inactif »**

شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية الإجبارية  
(مسجل غير نشط)

N°

170/19/2023

رقم

Le Directeur Général de la Caisse Nationale  
De Sécurité Sociale, atteste par la présente

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان  
الاجتماعي بأن  
السيد(ة)

Que M (me)

**ZOULAL AHMED**

المزداد(ة) بتاريخ

Né (e) le

11/02/1960

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم

Titulaire de la C.I.N. n°

B570569

Immatriculé(e) à la Caisse  
Nationale de Sécurité Sociale sous le n°

178799437

مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

تحت رقم

الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتغطية الصحية  
لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق

الإجبارية، طبقاً لمقتضيات الفصل 101 من قانون 65-00  
بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.

Ne Bénéfice 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.

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 بناءً على طلب منه(ها) قصد الإدلاء بها عند  
الحاجة

**Signature et Cachet  
du Chef d'Agence**

Wafa ADDADI  
Chef d'Agence Inara  
Direction Régionale  
Hay Sidi Othmane  
Hay Hassani

إمضاء و خاتم  
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 أثر أي مهمة للرقابة أو التفتيش التي قد تقوم بها لاحقاً  
مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين والسلطات المعمول بها"

"مَا عدا خطأ أو نسيان"

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

Réf : 610-2-61

Indice de révision : 01

Je soussigné(e),

Nom

EL AMINE

الاسم العائلي

Prénom

SALMA

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (\*) n°

B 524687

والحاصل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (\*) رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

05095

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

Déclare sur l'honneur que mon  
conjoint madame / monsieur :

Nom

ZOULAL

الاسم العائلي

Prénom

AHMED

الاسم الشخصي

Date de naissance

11/09/1960

تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNI (\*) n°

B 570569

والحاصل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (\*) رقم

N'exerce aucune activité imposable à l'IR et/ou

لا يزاول (تنزأول) أي نشاط اجيري أو مهني خاضع للإقطاع

l'IS au titre de l'année fiscale : .....

الضري على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة

.....  
المالية:

Je 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 المتصريح بها، وأتعهد بإخطار التعاضدية بأي تغيير في وضع زوجي (زوجي) .

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 ».

تنبيه:

أي تصريح غير صحيح يعرض المتصح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام باسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً للقانون المالي الجاري به العمل

المواد 4 و 6 .

*Le : 18/12/2023*  
B.P. 32319 2023  
Signature : *SA LRIA*

بتاريخ:  
في:

التوقيع