



MLE-5095

A CASABLANCA le : 25/12/2023

في بتاريخ

Ref : 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 نشيط)

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 (mc)

ZOULAL AHMED

Né (e) le

11/02/1960

المزداد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n°

B570569

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم

Immatriculé(e) à la Caisse

مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

Nationale de Sécurité Sociale sous le n°

178799437

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.

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

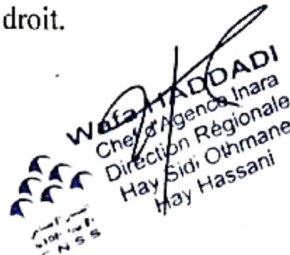
الإجبارية، طبقا لمقتضيات الفصل 101 من قانون 00-65
بمطابقة مدونة التغطية الصحية الأساسية.

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
مصلحة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقا للقوانين و المساطر المعمول بها"

"من عدا خطأ أو نسيان"

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

Réf : 610-2-61

Indice de révision : 01

**Déclaration sur l'honneur de non activité
professionnelle ou salariale du conjoint**

Je soussigné(e),		أنا الموقع (ة) أسفله،	
Nom	EL AMINE	الاسم العائلي	
Prénom	SALHA	الاسم الشخصي	
Titulaire de la CNI (*) n°	3524687	والحامل (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 :		أصرح بشرفي ان زوجي (زوجتي) السيد (ة) :	
Nom	ZOUAL	الاسم العائلي	
Prénom	AHMED	الاسم الشخصي	
Date de naissance	11/02/1960	تاريخ الازدياد	
Titulaire de la CNI (*) n°	3570569	والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم	
N'exerce aucune activité imposable à l'IR et/ou l'IS au titre de l'année fiscale :		لا يزاو (تزاو) أي نشاط اجري او مهني خاضع للإقتطاع الضريبي 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 ».

تنبيه:

أي تصريح غير صحيح يعرض المصرح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام بإسترجاع المبالغ المستلمة طبقا للقانون الداخلي الجاري به العمل (المواد 4 و 6).

Vu pour
Le : 18/12/2023
A :
Signature التوقيع
3524687

Les traitements des données individuelles sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques et des traitements des données à caractère personnel. عن الرئيس وبتفويض منه

تتم معالجة المعطيات الخاصة طبقا لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين اتجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.

(*) : أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل) (*) : ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation)