

À CASABLANCA, le :

25/01/2024

في ، بتاريخ...

Réf :

مرجع :

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

N°

28/09/2024

رقم

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

Le Directeur Général de la Caisse Nationale
de Sécurité Sociale, atteste par la présente
que M(me)

HJIEJ-ANDALOUSSI AICHA

السيد(ة)

Né (e) le

06/12/1963

المزداد(ة) بتاريخ...

Titulaire de la C.I.N. n°

BE5350

والحامل(ة) لبطاقة التعرف الوطنية رقم

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

135364538

مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

تحت رقم

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.

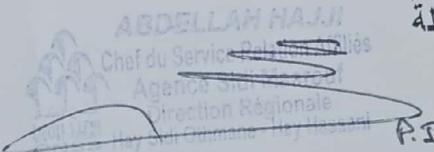
لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتغطية الصحية
الإجبارية، طبقاً لمقتضيات الفصل 101 من قانون 00-65
بمتابعة مدونة التغطية الصحية الأساسية.

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

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

إمضاء و خاتم
رئيس الوكالة



هذه البيانات يمكن تعديليها أثر أي مهمة للرقابة أو التفتيش التي قد تقوم بها لاحقاً
مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين و المساطر المعتمد بها

"ما عدا خطأ أو نسياناً"

"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".

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

Réf : 610-2-61

Indice de révision : 01

Je soussigné(e),

أنا الموقّع (ة) أسفله،

Nom

DEBBAGH

الاسم العائلي

Prénom

MOHAMMED

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (*) n°

C 32671

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

03397

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

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

اصرح بشرفي ان زوجي (زوجي) (السيد(ة)) :

Nom

HJIEJ ANDALOUSI

الاسم العائلي

Prénom

AÏCHA

الاسم الشخصي

Date de naissance

06/12/63

تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNI (*) n°

BE 5350

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

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

لا يزاول (تزاول) أي نشاط اجيري او مهني خاضع للقطع

l'IS au titre de l'année fiscale :2024.....

الضريبي 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 المصرح بها، واتعهد بإخبار 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 المصرح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام باسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً لقانون الداخلي الجاري به العمل

المواد 4 و 6).

Le : 25-01-2024

A : ASPLATICA

بتاريخ:

في:

Signature التوقيع

nts des données individuelles sont conformes à la loi 09-08
protection des personnes physiques à l'égard des traitements
des données à caractère personnel.

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