

MLE-5149



تصريح بالشرف بعدم ممارسة الزوج (ة) لأي نشاط  
أجيري أو مهني

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

Code : PR2FR02  
Version : 01  
Date : 24/05/2022

Je soussigné(e),

أنا الموقّع (ة) أسفله،

Nom

YASSINE

الاسم العائلي

Prénom

LA HOUSSINE

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (\*) n°

B 507 150

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

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

5149

مسجل بالتعاونية تحت رقم

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

اصرح بشرف ان زوجي (زوجي) (السيد(ة)) :

Nom

BEN SGHIR

الاسم العائلي

Prénom

MALIKA

الاسم الشخصي

Date de naissance

22-02-1962

تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNI (\*) n°

I 123231.

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

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

لا يزاول (نزاول) أي نشاط اجيري او مهني خاضع للإقطاع

l'IS au titre de l'année fiscale : .....2023.....

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 بصحمة المعلومات المصححة بها، وأنعم بالخطار التعاونية بأى تغير 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 المصححة إلى تعليق العضوية في التعاونية مع الالتزام باسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً لقانون المدحوى ويعتبر العمل Vu pour la signature de la signature

المواد 4 و 6).

Mi.....613/B.....السب

L.A.HOUSSINE A.....Le: 22-01-2024

التاريخ: .....في:

Signature التوقيع

Bureau l'amitale ..... من الشفافية .....

Arondissement ..... YASSINE

..... من الشفافية .....



À ... CASABLANCA, le : 23/01/2024  
050/19/2024

في ..... بتاريخ

مرجع:

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

شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية الإجبارية  
"غير مسجل (ة)"

Nº 050/19/2024 رقم

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

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان  
الاجتماعي بأن

que M(me)

BEN SGHIR MALIKA

السيد(ة)

Né (e) Le

22/02/1962

المزداد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n°

I123231

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم

- N'est pas immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.
- 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 72 de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base.

- غير مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
- لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتغطية الصحية الإجبارية، طبقاً لمقتضيات الفصل 72 من قانون 00-65 بمثابة 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 للعنى(ة) بالأمر بناء على طلب منه(ها) قصد الإدلاء بها عند الحاجة

Signature et Cachet  
du Chef d'Agence

إمضاء وختام  
رئيس الوكالة

"Ces données peuvent être modifiées à l'occasion de tout contrôle, 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"

هذه البيانات يمكن تعديتها إن أي مهمة للرقابة أو التفتيش التي قد تتم بها لاحقاً

محلج لصالح قنوات الضمان الاجتماعي مثلاً لقوانين وسلطة المراقبة"