



MLE-11117

A CASABLANCA le : 17/01/2024

في ..... بتاريخ

Réf : 025/19/2024

مرجع :

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

**شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية الإجبارية  
(مسجل غير نشيط)**

N°

025/19/2024

رقم

Le Directeur Général de la Caisse Nationale

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان

De Sécurité Sociale, atteste par la présente

الاجتماعي بأن

السيد(ة)

Que M (me)

AUHKIM SAMAHE

Né (e) le

30/12/1977

المزاد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n°

BK151651

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم

Immatriculé(e) à la Caisse

مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

Nationale de Sécurité Sociale sous le n°

114080858

تحت رقم

الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتغطية الصحية

لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق

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.

الإجبارية، طبقا لمقتضيات الفصل 101 من قانون 00-65

بمناوبة 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

Wafa HADDADI  
Chef d'Agence Inara  
Direction Régionale  
Hay Sidi Eloumane  
Hay Hassani

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 التدقيق التي قد تقوم بها لاحقا  
مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقا للقوانين و المساطر المعمول بها"

"ما عدا خطأ أو تسوفا"

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

Réf : 610-2-61

Indice de révision : 01

Je soussigné(e),	أنا الموقع (ة) أسفله،
Nom	الاسم العائلي
Prénom	الاسم الشخصي
Titulaire de la CNI (*) n°	والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم
Immatriculé à la MUPRAS sous le n°	مسجل بالتعاضدية تحت رقم
Déclare sur l'honneur que mon conjoint madame / monsieur :	
Nom	الاسم العائلي
Prénom	الاسم الشخصي
Date de naissance	تاريخ الازدياد
Titulaire de la CNI (*) n°	والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم
N'exerce aucune activité imposable à l'IR et/ou	
لا يزاول (تزاوّل) أي نشاط اجري او مهني خاضع للإقتطاع	
l'IS au titre de l'année fiscale : 2024.....	
الضريبي على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة المالية: 2024.....	

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، وأتعهد بإخطار التعاضدية بأي تغيير في وضع زوجي (زوجتي).

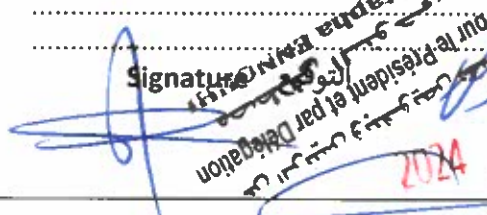
**NB :**

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 ».

أي تصريح غير صحيح يعرض المصرح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام بإسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً للقانون الداخلي الجاري به العمل

Le :

A :

Signature :   
Pour le Président et par Délégation  
Bureau de Légation  
2024

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

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

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