

Je soussigné(e),

أنا الموقّع (ة) أسفله،

Nom

ABDELWAHID

الاسم العائلي

Prénom

JAMAL

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (\*) n°

DA 13765

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

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

8962

مسجل بالتعاونية تحت رقم

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

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

Nom

WADEH

الاسم العائلي

Prénom

ZMANE

الاسم الشخصي

Date de naissance

18/03/1974

تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNI (\*) n°

DA 13765

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

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

لا يزاول (تزاول) أي نشاط اج리 أو 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 بصحّة المعلومات المصرّح بها، وأتعهد بإخبار التّعاوضيّة 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 indûment perçus, conformément au règlement intérieur « Article 4 et 6 ».

*Pour le Président et par Délégation*

تنبيه:

*Signé : Mohamed SINK*

أي تصريح غير صحيح يعرض المصرّح إلى تعليق العضوية في التّعاوضيّة مع الالتزام بإسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً للقانون الدّاخلي الجاري به العمل  
L'Arrondissement Hay Hassani

المواد 4 و 6 .

*Non responsable du contenu de la pièce*

*Vu pour la légalisation matérielle de la signature*

*apposé* *DAWAH*

Le : ..... 11/03/2024 ..... بتاريخ:

A : ..... Cens du Maroc ..... في:

Signature التّوقيع

*AWS*

*Reconnu par sa pièce d'identité présentée à l'agent*

*N° 25 Mars 2024*

*25 Mars 2024*



Agence 17 HAY-HASSANI 18-mars-24

Attestation de Non bénéfice de  
l'Assurance Maladie Obligatoire  
<<Immatriculé(e) Inactif(ve)>>

شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية الإجبارية  
[مسجل غير نشط]

N° : 293 رقم :

Le Directeur Général de la CNSS,  
atteste par la présente que :

M(me) :

WADEH IMANE

السيد (ة) :

Né(e) le :

18/05/1974

المزداد(ة) بتاريخ :

Titulaire de la CIN n° :

BK95490

والحاصل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم :

immatriculé(e) à la CNSS sous le n° :

157229447

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 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 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

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 للمراقبة أو التفتيش التي قد تقوم بها لاحقاً مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين والمساطر المعمول بها.

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

ما عدا خطأ أو نسيان

Réf : 610-2-61

Indice de révision : 01