

Je soussigné(e),

أنا الموقع (ة) أسفله،

Nom

DBALI

الاسم العائلي

Prénom

ABDESSAÏD

الدالي
عبدالسخيم

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (*) n°

W 35954

والحاصل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

2942

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

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

اصبح بشرفي ان زوجي (زوجي) (السيد(ة) :

Nom

SETHAJ

سنهج

الاسم العائلي

Prénom

ZOHRA

الزهرة

الاسم الشخصي

Date de naissance

19-06-1961

تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNI (*) n°

W 62352

والحاصل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

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

لا يزاول (تزاول) أي نشاط اجري أو مهني خاضع للإقطاع

l'IS au titre de l'année fiscale :

الضريبي على الأشخاص و/أو الشركات برسمل السننة

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 بصحبة المعلومات المصرح بها، وأتعهد بالختار التعاضدية بأي تغير 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 indûment 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 للقانون الداخلي الجاري به العمل
المادة 4 و 6).

Le : بتاريخ:

في:

A:

Signature التوقيع

24/10/2023

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.

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

A Berrechid, le :

20/12/2023

في برشيد، بتاريخ

Réf : Agence BERRECHID

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

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

* N°

* رقم

2023700000874

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)

SENHAJ ZOHRA

السيد(ة)

Né (e) le

19/06/1961

المزداد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n°

W62352

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
بمتابية 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 الإلقاء بها
عند الحاجة



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

Mme Aïcha KHALDI
Chef d'Agence 1ère Cat. Berrechid
CNSS Direction Régionale SETTAT

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 تعديليها في أي مهمة للرقابة أو التفتيش التي قد تقام بها لاحقاً مصالح الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين والمساطر المعول بها"

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

"ما دعاها أو نسياناً"

(*): le numéro de l'attestation est composé

(*): رقم الشهادة مركب من رمز الوكالة،
رقم ترتيبية والسنة الجارية

du code agence,

d'un numéro séquentiel et de l'année en cours.

Réf : 610-2-63

Indice de révision : 01