

Je soussigné(e),

أنا الموقع (ة) أسفله،

Nom ELHOUDEN الاسم العائلي الهودن
Prénom Hessan الاسم الشخصي حسين
Titulaire de la CNI (*) n° B 412 144 والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم
Immatriculé à la MUPRAS sous le n° 4598 مسجل بالتعاضدية تحت رقم
Déclare sur l'honneur que mon
conjoint madame / monsieur : اصرح بشرفي ان زوجي (زوجتي) السيد (ة) :

Nom ELHOUDEN الاسم العائلي الهودن
Prénom Nana الاسم الشخصي نانة
Date de naissance 14/05/1964 تاريخ الازدياد
Titulaire de la CNI (*) n° B # 200 55 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 : الضريبي على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة
المالية:

Je certifie que toutes les informations que j'ai fournies sont correctes, et je m'engage à avvertir 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).

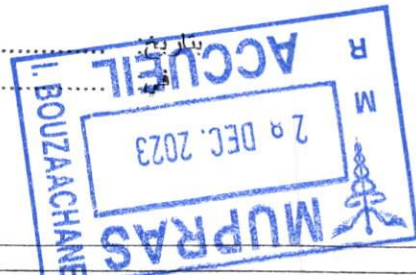
NB :

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 ».

تنبيه:

أي تصريح غير صحيح يعرض المصرح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام باسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً للقانون الداخلي الجاري به العمل (المواد 4 و 6).

Signature التوقيع



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 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين اتجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.

(*) : ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation)

(*) : أو ،ند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل)

Mh 4598



A Berrechid, le :

14/12/2023

في برشيد، بتاريخ

Réf : Agence BERRECHID

Attestation de Non bénéfice de l'Assurance

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

Maladie Obligatoire «Non Immatriculé(e)» :

* N°

*رقم

2023700000837

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)

ELMOUADDEN NANA

السيد(ة)

Né (e) le

14/05/1964

المزدداد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n°

BH20055

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، طبقا لمقتضيات الفصل 72 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

Mme Amal KHALDI
Chef 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"

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

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

du code agence,

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

"هذه البيانات يمكن تعديلها: إن أي مهمة أو لائحة أو التفتيش التي قد تقوم بها لاحقا مصالح الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي طبقا للتعليمات المسطرة المعمول بها"

"ما عدا خطأ أو نسيانا"

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