

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 je :

أصرح بشرفي اني :

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

لا ازاول أي نشاط اجري او مهني خاضع للإقتطاع الضريبي

l'IS au titre de l'année fiscale :

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 avertir les services de la MUPRAS de tout changement de ma situation.

أشهد بصحة المعلومات المصرح بها، وأتعهد بإخطار التعاضدية بأي تغيير في وضعيتي .

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 طبقا للقانون الداخلي الجاري به العمل (المواد 4 و 6).

بتاريخ:

Le :

في:

A :

Signature التوقيع



23 JAN 2024

RACHID JOUHARI
Officier Délégué de la
de la Signature et de la
de la Copie Conforme à l'Original

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 طبقا 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)



رفض طلب شهادة الاستفادة أو عدم الاستفادة

من التغطية الصحية الإجبارية

Rejet d'une demande d'attestation de Bénéfice ou de non bénéfice d'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي
الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire

مرجع : 610-2-64 Réf.

A Casablanca le : 12/01/2024

Agence :

ZIRAOUI

وكالة :

N° CNSS :

192122929 (veuve)

□ قم التسجيل :

N° CIN :

BE13196

□ ب.ت.و :

Type dossier :

Attestation de non bénéfice AMO pour non immatriculé

نوع الملف :

Bénéficiaire :

CHADDAD ZOHRA

المستفيد :

Votre demande a été rejetée pour le(s) motif(s)

لقد تم رفض طلبكم و ذلك للأسباب المبينة أسفله :

coché(s) ci-dessous :

1 Manque déclarations de salaires depuis.....

☐

1 التصريحات بالأجور منقطعة منذ

2 Absence de paiement des cotisations AMO

☐

2 إنعدام أداء واجبات الاشتراك المتعلقة بالتغطية الصحية الإجبارية

3 Salarié assujetti auprès des assurances privés (114)

☐

3 أجبر خاضع لنظام شركات التأمين (الفصل 114)

4 Droit ouvert jusqu'au

☐

4 حق مفتوح إلى غاية

5 Droit ouvert en tant qu'ayant droit

☒

5 حق مفتوح من ذوي حقوق

Signature et Cachet
du Chef d'Agence

AIT TALEB MOHAMED
Chef d'Agence Ziraoui
Direction Régionale CNSS - ANFA
P. Bouzaachane

إمضاء وخاتم
رئيس الوكالة

