

|   |   |
|---|---|
| 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<br>conjoint madame / monsieur :                               | أصرح بشرفي ان زوجي (زوجتي) السيد(ة) :   |
| 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<br>l'IS au titre de l'année fiscale : ..... | لا يزاول (تزاوّل) أي نشاط اجري او مهني خاضع للإقتطاع<br>الضريبي على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة<br>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 la situation de mon conjoint (e).

أشهد بصحة المعلومات المصريح 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 المصريح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام باسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً للقانون الداخلي الجاري به العمل (المواد 4 و 6).

Le : 15.01.2024  
A : Casa

Signature التوقيع

ACCEU  
19 JAN 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 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين اتجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي. |
|---|--|

78  
10283



Agence 56 AL FATH

16-janv-24

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

شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية الإجبارية  
{غير مسجل(ة)}

N° : 019/56/2024 : رقم

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

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الإجتماعي بأن :

M(me) :

**KHCHYACH NAJAT**

السيد (ة) :

Né(e) le :

**02/10/1960**

المزاد(ة) بتاريخ :

Titulaire de la CIN n° :

**B426287**

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم :

☒ N'est pas immatriculé(e) à la CNSS

☒ غير مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الإجتماعي

☒ 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.

☒ لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق  
الوطني للضمان الإجتماعي المتعلقة بالتغطية الصحية  
الإجبارية, طبقا لمقتضيات الفصل 72 من قانون  
65-00 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 بناء على طلب منه(ها) قصد  
الإدلاء بها عند الحاجة.

Signature et Cachet  
du Chef d'Agence

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 التفتيش التي قد  
تقوم بها لاحقا مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقا  
للقوانين و المساطر المعمول بها.

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

ما عدا خطأ أو نسيان

Réf : 610-2-63

Indice de révision : 01