

**Déclaration sur l'honneur de non activité
professionnelle ou salariale du conjoint**

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
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

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 2024.....

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 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:

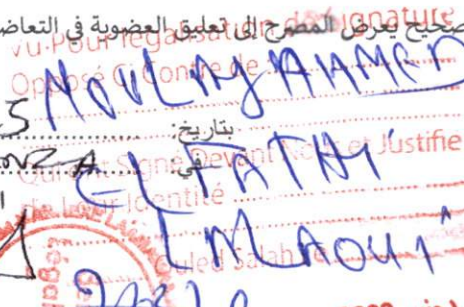
أي تصريح غير صحيح يعرض المصريح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام بإسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً للقانون الداخلي الجاري به العمل المواد 4 و 6.

Le :

A :

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.

(*) : أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل) (جواز الموحّد الإقليمي) (بطاقة التسجيل)



8969

A Casablanca Le

14/12/2023

في الدار البيضاء بتاريخ

Réf:

DRANFA/AS/IMMA2023060

مرجع :

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

شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية الإجبارية
(مسجل غير نشيط)

*** N° IMMA2023060 رقم ***

Le Directeur Général de la Caisse Nationale
de Sécurité Sociale, atteste par la présente que :

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني
للضمان الاجتماعي بأن :

M (me) **TOUGARI HAYAT**

السيد (ة)

Né (e) le **11/01/1976**

المزدداد (ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N n° **BJ215807**

والحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم

Immatriculé(e) à la Caisse Nationale

مسجل (ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

Nationale de Sécurité Sociale sous le n°

115342455

تحت رقم :

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.
Cette attestation est délivrée à l'intéressé (e), sur
sa demande, pour servir et valoir ce que de droit.

لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتغطية
الإجبارية، طبقا لمقتضيات الفصل 72 من قانون 65-00
بمطابقة مدونة التغطية الصحية الأساسية.

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 de vérification ultérieurs par les services CNSS, selon la
Règlementation et les procédures en vigueur »
"Sous réserve d'erreur ou d'omission"
Réf : 610-2-62
Indice de révision : 01

"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"

"ما عدا خطأ أو نسيان "