

Je soussigné(e), أنا الموقع (ة) أسفله،

Nom, الاسم العائلي HAMDAOUI حمد داوي

Prénom, الاسم الشخصي ABDERRAHIM عبد الرحيم

Titulaire de la CNI n°, والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف رقم B 266983

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°, مسجل بالتعاقدية تحت رقم 02508

Déclare sur l'honneur que mon conjoint madame / monsieur : اصرح بشرفي ان زوجي (زوجتي) السيد (ة) :

Nom, الاسم العائلي KHAILA كحيلة

Prénom, الاسم الشخصي JAMILA جميلة

Date de naissance, تاريخ الميلاد 11/02/1965

Titulaire de la CNIE n°, والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف رقم WA 10483

N'exerce aucune activité salariale ou professionnelle imposable à l'IR et/ou l'IS au titre de l'année fiscale : لا يزاول (تزاول) أي نشاط اجري او مهني خاضع للإقتطاع 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 المصريح بها ، وأتعهد بإخطار التعاقدية 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 التعاقدية مع الالتزام بإسترجاع المبالغ المستلمة طبقا للقانون الداخلي الجاري به العمل
المواد 4 و 6 .

Le : بتاريخ:
A : في:
Signature à légaliser توقيع مصادق عليه

05 Fevr 2024
عبد الرحيم حمد داوي
رئيس مجلس إدارة الجمعية
الجمعية المغربية للتأمين على الحياة
MOHAMED
عن الرئيس ومقره ومقره
ident et par délégation

A Berrechid, le :

06/02/2024

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

2024700000227

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)

KHAILA JAMILA

السيد(ة)

Né (e) le

11/02/1965

المزدداد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n°

WA10483

■ 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
بمطابقة 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 بناءا علي طلب منه(ها) قصد الإدلاء بها
عند الحاجة

Signature et Cachet
Du Chef d'Agence

إمضاء وخاتم
رئيس الوكالة


Mme Amal KHALDI
Directrice Générale
Caisse Nationale de Sécurité Sociale

"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 في 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 نسيانا"

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