



MLE-8140

Agence 17 HAY-HASSANI 19-Déc-23

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

شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية الإجبارية  
{مسجل غير نشيط}

N° : 487 رقم :

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بأن :  
Le Directeur Général de la CNSS,  
atteste par la présente que :

M(me) : CHARAF FATIMA ZAHRA السيد (ة) :

Né(e) le : 20/12/1979 المزداد(ة) بتاريخ :

Titulaire de la CIN n° : QA80445 والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم :

immatriculé(e) à la CNSS sous le n° : 149386949 مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي 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 101 de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base.**

لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي المتعلقة بالتغطية الصحية الإجبارية، طبقاً لمقتضيات الفصل 101 من قانون 00-65 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 بناءً على طلب منه(ها) قصد الإدلاء بها عند الحاجة.

Signature et Cachet  
du Chef d'Agence

إمضاء و خاتم  
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 أثر أي مهمة للمراقبة أو التفتيش التي قد تقام بها لاحقاًصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين و المساطر المعمول بها.

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

ما عدا خطأ أو نسيان

Réf : 610-2-61

Indice de révision : 01

Je soussigné(e),

أنا الموقّع (ة) أسفله،

Nom EL ALAMA الاسم العائلي

Prénom MOUNIR الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (\*) n° FH 6418 والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعرف (\*) رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n° مسجل بالتعاضدية تحت رقم

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

Nom CHARAF الاسم العائلي

Prénom FATIMA ZAURA الاسم الشخصي

Date de naissance 20/12/1979 تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNI (\*) n° QA 80445 والholder (ة) للبطاقة الوطنية للتعرف (\*) رقم

N'exerce aucune activité imposable à l'IR et/ou لا يزاول (تزاول) أي نشاط اجيري أو مهني خاضع للإقتطاع

l'IS au titre de l'année fiscale : ..... 2023 ..... الضريبي على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة

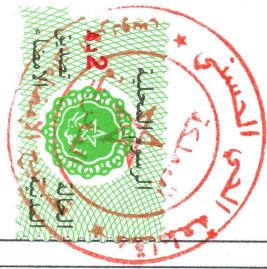
..... 2023 ..... المالية

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 المقصود بها، وأتعهد بإخطار التعاضدية بأي تغيير في وضع زوجي (زوجي) .

**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 ».



Le : ..... 23-11-2023 ..... بتاريخ:  
A : ..... CASA BLANCA ..... في:

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.

تم معالجة المعلومات الخاصة طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين فيما يتعلق بمعالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي.

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

(\*) : او سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة او بطاقة التسجيل)

إمضاء: عادل مجيد