

Je soussigné(e),

Nom

Prénom

Titulaire de la CNI (*) n°

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

Déclare sur l'honneur que mon
conjoint madame / monsieur

أنا الموقّع (ة) أقسم،

الاسم العائلي

الاسم الشخصي

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

مسجل بالتعاونية تحت رقم

اصرح بشرقي ان زوجي (زوجي) (السيد) (ة) :

الاسم العائلي

الاسم الشخصي

تاريخ الازدياد

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

لا يزاول (تزأول) أي نشاط اجري او مهني خاضع للقطعان

الضربي 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 la situation de mon conjoint (e).

أشهد بصححة المعلومات الم المصرح بها، وأتعهد بالخطر التعاضدية بأي تغير 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:

Vu Pour L'égalisation de Signature Apposée
هذا توقيع غير صحيح يعرض المصرح له بمثابة العقوبة في التعاضدية مع الالتزام باسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً للقانون الداخلي الجاري به العمل
De M.....
المواد 4 و 6).

Le : 05/03/2024

A :

Signature التوقيع

A.M.

التاريخ:

Connue de nous Ainsi que les identités des Signatures
L'Administration n'est pas responsable
que de la Signature Legalisée
Téméra Le
C.I.N. N°

11 MARS 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.

تم معالجة المعلومات الخاصة طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية
أشخاص الذاتيين اتجاه معالجة 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)



A TEMARA

le :

29/02/2024

مرجع رقم:

Réf:

Attestation**Non immatriculation** عدم التسجيل**Non bénéfice de l'Assurance Maladie Obligatoire.** عدم الاستفادة من التغطية

.....

N°

40/2024

رقم

Le Directeur Général de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, atteste par la présente que M(me)

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بأن

(السيد)

Né (e) le

BOUALILA FADMA

المزداد(ة) بتاريخ

28/03/1953

والعامل(ة) لبطاقة التعرف الوطنية رقم

D47989

غير مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
 لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتغطية الصحية الإجبارية، طبقاً لمقتضيات الفصل 72 من قانون 65-00
 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.

Titulaire de la C.I.N. n°

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.

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**

BOUTHAVNA KHAMOUJI
Chef d'Agence
Agence Régionale Rabat-Salé

امضاء و خاتم

رئيس الوكالة

BOUTHAVNA KHAMOUJI
Chef d'Agence
Agence Régionale Centre
Direction Régionale Rabat-Salé

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".
 Nous réservons d'erreur ou d'omission"

"ما دعا خطأ أو نسيان" "هذه البيانات يمكن تعديلاها في أي مهمة للرقابة أو التفتيش التي قد تقام بها لاحقاً"
 صالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً لقوانين و المساطر المعتمد بها"