

أنا الموقع (ة) أسفله،

الاسم العائلي \_\_\_\_\_ الاسم الشخصي \_\_\_\_\_

الاسم العائلي \_\_\_\_\_ الاسم الشخصي \_\_\_\_\_

والحاصل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (\*) رقم \_\_\_\_\_

مسجل بالتعاضدية تحت رقم \_\_\_\_\_

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

الاسم العائلي \_\_\_\_\_ الاسم الشخصي \_\_\_\_\_

الاسم العائلي \_\_\_\_\_ الاسم الشخصي \_\_\_\_\_

تاریخ الازدياد \_\_\_\_\_

والحاصل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (\*) رقم \_\_\_\_\_

لا يزاول (تزاول) أي نشاط اجيري او مهني خاضع للإقتطاع

الضريبي على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة

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 المصرح بها، وأنعهد باتخاذ 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 indûment perçus, conformément au règlement intérieur « Article 4 et 6 ».

**تنبيه:**

أي تصريح غير صحيح يعرض المصرح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام باسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً للقانون الداخلي الجاري به العمل

المواد 4 و 6 .

Le : ..... 06.03.2024 ..... بتاريخ: .....  
A : ..... Casablanca ..... في:

Signature التوقيع

J. M. JAWAD 2024 12378  
KH. M. JAWAD 2024 12378



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 إتجاه 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)



١٢٢٩٣

ACASABLANCA le :

09/02/2024

في ..... بتاريخ.....

Réf :

مرجع :

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

N°

28/207/2024

رقم

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

**MAGOUH KAWTAR**

السيد(ة)

Né (e) le

22/07/1986

المزداد(ة) بتاريخ.....

Titulaire de la C.I.N. n°

**BK317751**

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم

Immatriculé(e) à la Caisse  
Nationale de Sécurité Sociale sous le n°

**112682276**

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 بالتحميمية الصحية  
الإجبارية، طبقاً لمقتضيات الفصل 101 من قانون 65-00  
بمثابة مدونة التحميمية 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**



**مضاء و خاتم  
رئيس الوكالة**  
SAADA Nabil  
CHF D'AGENCE  
AGENCE SIDI M'ââROU  
Dir. Régionale  
Hay Sidi Othmane Hay Hay

"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"

Réf : 610-2-61

Indice de révision : 01

"هذه البيانات يمكن تعديلاً أثر أي مهمة للرقابة أو التفتيش التي قد تقام بها لاحقاً  
مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقواعد والمتطلبات المعمول بها"

"ما عدا خطأ أو نسيان"

