

Je soussigné(e),

أنا الموقّع (ة) أسفله،

Nom

EL OUFIR

الاسم العائلي

Prénom

HAMZA

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (*) n°

AA40325

والحاصل (ة) للبطاقة الوطنية للتعرف (*) رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

12628

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

Déclare sur l'honneur que mon
conjoint madame / monsieur :

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

Nom

BEN ABDESLAH

الاسم العائلي

Prénom

RIT

الاسم الشخصي

Date de naissance

30/04/1989

تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNI (*) n°

AB275375

والحاصل (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 : 2024

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 الم المصر بها، وأنعهد بالخطار التعاضدية بأى تغيير في وضع زوجي (زوجتي)

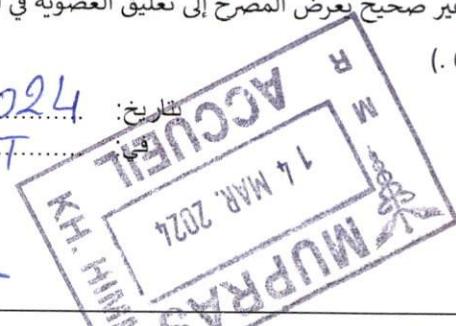
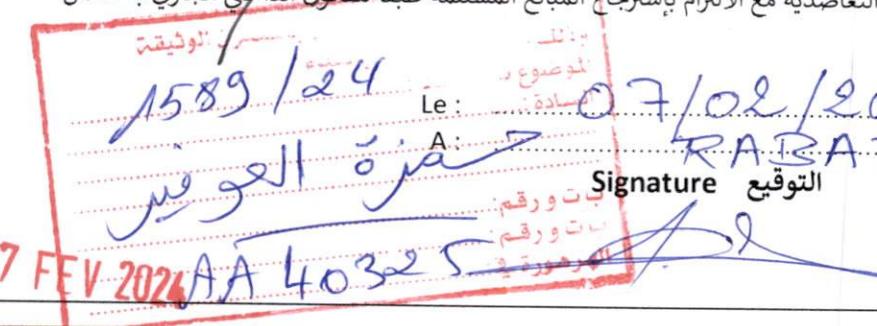
NB :

Toute fausse déclaration pourra entraîner la suspension de votre droit à la couverture MUPRAS avec l'obligation de restitution des remboursements indûment perçus, conformément au règlement intérieur « Article 4 et 6 ».

تنبيه:

أى تصريح غير صحيح يعرض الم المصر إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام باسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً لقانون الداخلي الجاري به العمل

المواد 4 و 6 .)



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 اتجاه معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي.



A RABAT

LE

07/02/2024

بتاريخ

في

Réf

مرجع

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

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

N° 540

رقم

**Le Directeur Général de la Caisse
Nationale de Sécurité, atteste par la
présente**

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان
الاجتماعي بأن

que M (me)

RIM BEN ABDESLAM

السيد (ة)

Né (e) le

30/04/1989

المزداد(ة) بتاريخ

*Titulaire de la
C.I.N. n*

AB275375

والحامل(ة) لبطاقة
التعريف الوطنية رقم

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

111510938

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 المنوحة 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 (é),
sur sa demande, pour servir et valoir ce que de
droit.

هذه الشهادة سلمت للمعني (ة) بالأمر بناءاً على طلب منه(ها)
قصد الإدلاء بها عند الحاجة

**Signature et Cachet
Chef d'Agence**



'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 »»

إمضاء و خاتم
رئيس الوكالة

"هذه البيانات يمكن تعديتها إلى جهة المراقبة أو التفتيش التي قد تقوم بها
لاحقاً مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين والمساطر
المعمول بها، ما عدا خطأ أو نسيان"

