

Je soussigné(e),

أنا الموقع (ة) أسفله،

Nom _____

الاسم العائلي _____

Prénom _____

الاسم الشخصي _____

Titulaire de la CNI (*) n° _____

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم _____

Immatriculé à la MUPRAS sous le n° _____

مسجل بالتعاضدية تحت رقم _____

7702

B 73 02 98

Déclare sur l'honneur que mon

اصح بشرفي ان زوجي (زوجي السيد(ة) :

conjoint madame / monsieur :

Nom _____

الاسم العائلي _____

Prénom _____

الاسم الشخصي _____

Date de naissance _____

تاريخ الازدياد _____

1965/05/12

Titulaire de la CNI (*) n° _____

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم _____

BF 53 573

N'exerce aucune activité imposable à l'IR et/ou

لا يزاول (تزما) أي نشاط اجيري او مهني خاضع للإقطاع

l'IS au titre de l'année fiscale :

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، 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 ».

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 : بتاريخ:
A : في:

Signature التوقيع



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

(*) : او le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation) (*) : او سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة او بطاقة التسجيل)



Agence 27-Sbata 19-mars-24

Le 27-03

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

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

N° : 2024-27-089 رقم :

Le Directeur Général de la CNSS,
atteste par la présente que :

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بأن :

M(me) :

HOUSNI NAJAT

السيد (ة)

Né(e) le :

12/05/1965

المزداد(ة) بتاريخ :

Titulaire de la CIN n° :

BE59579

والحاصل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم :

N'est pas immatriculé(e) à la CNSS

غير مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

Ne Bénéfice 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.

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.

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

TAHA YOUSSEF ZAHROUCHI
Chef d'Agence - Agence Sbata
Direction Régionale
Hay Sidi Othmane - Hay Hassan

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 اثر أي مهمة للمراقبة او التفتيش التي قد تقام بها لاحقاً مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين و المساطر المعمول بها.

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

ما عدا خطأ أو نسيان

Réf : 610-2-63

Indice de révision : 01