

تصريح بالشرف بعدم ممارسة الزوج (ة) لأي نشاط  
أجري أو مهني  
**Déclaration sur l'honneur de non activité  
professionnelle ou salariale du conjoint**

Code : PR2FR02  
Version : 01  
Date : 24/05/2022

|   |   |
|---|---|
| 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   |
| Déclare sur l'honneur que mon<br>conjoint madame / monsieur :                               | أصرح بشرفي ان زوجي (زوجتي) السيد (ة) :  |
| Nom   | الاسم العائلي   |
| Prénom  | الاسم الشخصي  |
| Date de naissance   | تاريخ الازدياد  |
| Titulaire de la CNI (*) n°  | والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم   |
| N'exerce aucune activité imposable à l'IR et/ou<br>l'IS au titre de l'année fiscale : ..... | لا يزاول (تزاوّل) أي نشاط أجري أو مهني خاضع للإقتطاع<br>الضريبي على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة<br>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).

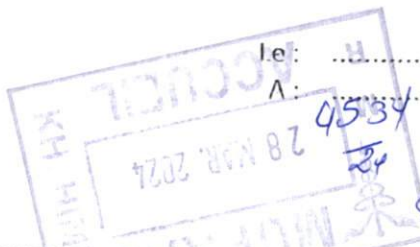
أشهد بصحة المعلومات المصريح بها، واتعهد بإخطار التعاضدية بأي تغيير في وضع زوجي (زوجتي).

NB :

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

تنبيه:

أي تصريح غير صحيح يعرض المصريح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام بإسترجاع المبالغ المستلمة طبقا للقانون الداخلي الجاري به العمل  
المواد 4 و 6 .



Signature

التوقيع

19 مارس 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.

تتم معالجة المعطيات الخاصة طبقا لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين اتجاه المعطيات ذات الطابع الشخصي.

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

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

MLE 1771

|   |  |   |
|---|--|---|
|  <p>الضمان الاجتماعي<br/>+o!K○%+ +o!o□%!<br/><b>CNSS</b><br/>Le devoir de vous protéger</p>   | <p>شهادة<br/>Attestation</p> <p>Immatriculation <input type="checkbox"/></p> <p>Non Immatriculation <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>التسجيل <input type="checkbox"/></p> <p>عدم التسجيل <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>قطب المقاولات<br/>Pole Entreprise</p> <p>مديرية المنخرطين<br/>Direction des Affiliés</p> |
| <p>Attestation n° : <b>2024700000478</b> : شهادة رقم</p>  |  |   |
| <p>Le directeur Général de la Caisse National de Sécurité Sociale(1) : يشهد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي(1) أن :</p> <p>atteste que :</p>   |  |   |
| <p>Madame/Monsieur : <b>AZIZ FATIMA</b> (اليد (ة)</p>   |  |   |
| <p>Né (e) le : <b>01/01/1954</b> : المزداد (ة) بتاريخ :</p>   |  |   |
| <p>Titulaire de la CNI N° (2) : <b>B291403</b> : الحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعرف رقم (2)</p>  |  |   |
| <p>Est immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (3) : مـجل (ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (3) تحت رقم :</p> <p>sous le N° : <input type="text"/></p>  |  |   |
| <p>N'est pas immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale : غير مـجل (ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي</p>   |  |   |
| <p>La présente attestation est délivrée à l'intéressé(e), sur sa demande, pour Servir et valoir ce que de droit. وقد تمت هذه الشهادة، للمعني (ة) بالأمر بناء على طلبه (ها) قصد الإدلاء بها عند الاقتضاء.</p>  |  |   |
| <p>" Sous réserve de toute erreur ou omission et toutes modifications opérées Ultérieurement à l'occasion des vérifications ou contrôles de conformité Effectués par les services de la CNSS, selon la réglementation et les Procédures en vigueur "</p> <p>"مع جميع التغطيات المتعلقة بالخطأ أو التباين أو التعليقات التي يمكن إجراؤها لاحقاً في إطار عمليات المراجعة أو المراقبة التي تقوم بها مصالح الضمان الاجتماعي وفقاً للقوانين و المـاطر المعمول بها"</p>   |  |   |
| <p>Attestation émise par : شهادة تمت من طرف :</p> <p>.....Agence Berrchid.....</p> <p>Le : <b>20/03/2024</b> في :</p>   | <p>Signature et cachet : توقيع وختم :</p>   |   |
| <p>(1) Ou la personne déléguée par lui (1) أو من يفوض له بذلك</p> <p>(2) Ou N° Passeport /N° Carte Résidence pour les étrangers (2) أو رقم جواز السفر/رقم بطاقة الإقامة بالـة للأجانب</p> <p>(3) -conformément aux dispositions du dahir portant loi n°1.72.184du 27/07/1972 relatif au régime de sécurité sociale tel qu'il a été modifié et complété et des textes réglementaires pris pour son application. (3) -طبقاً لمقتضيات الظهير رقم 184-72-1 المؤرخ في 15 جمادى الثانية 1392 الموافق 27 يوليو 1972 المتعلق بنظام الضمان الاجتماعي كما تم تعديله و تنميته وكذا النصوص المتخذة لتطبيقه.</p> <p>conformément aux dispositions du dahir n°1-02-296 du 25 rejev 1423(3 octobre 2002) - طبقاً لمقتضيات الظهير رقم 296-02-1 الصادر في 25 رجب 1423 (3 أكتوبر 2002) بتتفيذ القانون رقم 00-65 بمثابة مدونة التغطية الصحية (الـة) كما تم تغييره و تنميته وكذا النصوص المتخذة لتطبيقه.</p> <p>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. تتم معالجة المعطيات الخاصة طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بـماية الأشخاص الذاتيين اتجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.</p> <p>Pour consulter les informations sus visées, veuillez contacter le centre d'appel ALLO DAMANE au numéro 0802033333/0802007200 للـة من المعلومات المذكورة أعلاه، المرج الاتصال بمركز الاتصال الو الضمان على رقم 0802033333/0802007200</p> |  |   |

Réf.325-2-0

Indice de révision : 02-13.05.2016

Fax  
05 22 41 81 38

الفاكس

Téléphone  
05 22 33 62 07

الهاتف

Ville  
BERRCHID

المدينة

Adresse  
Bd Mohammed V, 14 et 15 lot al youser

العنوان

Agence

BERRCHID

كالة