



A ...CASABLANCA... le : 09/02/2024

في بتاريخ .....

108/19/2024

مرجع:

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

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

N°

108/19/2024

رقم

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

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان  
الاجتماعي بأن

que M(me)

HAKKANI ZINEB

السيد(ة)

Né (e) Le

23/10/1965

المزدداد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n°

BE422007

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم

☒ N'est pas immatriculé(e) à la Caisse  
Nationale de Sécurité Sociale.

☐ غير مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

☒ 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.

☐ لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق  
الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتغطية الصحية

الإجبارية، طبقا لمقتضيات الفصل 72 من قانون 00-65  
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 بناء على طلب منه(ها) قصد  
الإدلاء بها عند الحاجة

Signature et Cachet  
du Chef d'Agence

Wafa HADDADI  
Chef d'Agence Inara  
Direction Régionale  
Hay Sidi Othmane  
Hay Hassani

إمضاء وخاتم  
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 تقوم بها لاحقا  
مصلحة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقا للقوانين و المبادئ المعمول بها"

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

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
<b>Déclare sur l'honneur que mon conjoint madame / monsieur :</b>	
Nom	الاسم العائلي
Prénom	الاسم الشخصي
Date de naissance	تاريخ الازدياد
Titulaire de la CNI (*) n°	والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم
<b>N'exerce aucune activité imposable à l'IR et/ou l'IS au titre de l'année fiscale : ...2024.....</b>	
لا يزاو (تزاو) أي نشاط اجري او مهني خاضع للإقتطاع الضريبي 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 avvertir 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 (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 المصرح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام بإسترجاع المبالغ المستلمة طبقا للقانون الداخلي الجاري به العمل (المواد 4 و 6).

Vu pour la légalisation de la signature : 07-02-2024  
M. : CARBLANCA  
Signature التوقيع

Bureau de l'Arrondissement de Casablanca  
Arrondissement de Casablanca  
09-02-2024

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

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