

**Déclaration sur l'honneur de non activité
professionnelle ou salariale du conjoint**

Je soussigné(e),

أنا الموقّع (ة) أسفله،

Nom

BAADA

بَحْضَ

الاسم العائلي

Prénom

BRAHIM

ابْرَاهِيم

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (*) n°

WA 12 708

رقم

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

10 589

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

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

اصبح بشرفي ان زوجي (زوجي السيد) :

Nom

MOUDDEN

مُودِن

الاسم العائلي

Prénom

FATIM

فاطمة

الاسم الشخصي

Date de naissance

01-01-1975

تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNI (*) n°

IB.10 7832

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

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

لا يزاول (تزاول) أي نشاط اجيري أو مهني خاضع للإقطاع

l'IS au titre de l'année fiscale :*90/91*.....

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 المصرّح بها، واتّهاد بالخطاب الصادرة 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 المصرّح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام باسترداد المبالغ المستلمة طبقاً لقانون الداخلي الجاري به العمل
المواد 4 و 6).



Le :
A :

بتاريخ:
في:

Signature التوقيع

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 الذين اتجاه معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي.

HL 10589



A Berrechid, le :

15/01/2024

في برشيد، بتاريخ

Réf : Agence BERRECHID

Attestation de Non bénéfice de l'Assurance

Maladie Obligatoire «Non Immatriculé(e)» :

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

* N°

2024700000092

* 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)

MOUDDEN FATIMA

السيد(ة)

Né (e) le

01/01/1975

المزداد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n°

IB107832

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم

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

غير مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
 لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتغطية الصحية
الإجبارية، طبقاً 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 (هـ) بالأمر بنياعاً على طلب منه(ها) قصد الإدلاء بها
عند الحاجة

Signature et Cachet

Du 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"
(*) : le numéro de l'attestation est composé
du code agence,
d'un numéro séquentiel et de l'année en cours.

"هذه البيانات يمكن تعديلاً إنما هي مهمة للمراقبة أو التفتيش التي قد تقوم بها لاحقاً مصالح الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين والمساطر المعول بها"