



الضمان الاجتماعي
+oK0%+ +oK0%+
CNSS

Le devoir de vous protéger

شهادة
Attestation

Immatriculation



التسجيل

Non Immatriculation



عدم التسجيل

DIRECTION REGIONALE
ANFA

AGENCE SIDI BELYOUT

Attestation n° :

089134803

شهادة رقم :

5526

Le directeur Général de la Caisse National de Sécurité Sociale(1)
atteste que :

يشهد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي(1) أن :

Madame/Monsieur :

HACHIMI FATIHA

اليد (ة)

Né (e) le :

02/01/1974

المزاد (ة) بتاريخ:

Titulaire de la CNI N°(passeport) (2) :

BH317397

الحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعرف رقم (2)

Est immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (3)
sous le N° :

مجل (ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (3) تحت رقم :

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

غير مـجل (ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

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.

" 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 "

"مع جميع التـنظـمـات المتعلقة بالخطأ أو التـيـان أو التـعـلـيـلـات التي يمكن إجراؤها لا قـا
في إطار عمليات المراجعة أو المراقبة التي تقوم بها مصالح الضمان الاجتماعي وفقا
للقوانين والمـأـطـر المعمول بها"

Attestation émise par :

شهادة تمت من طرف:

AGENCE Sidi Belyout

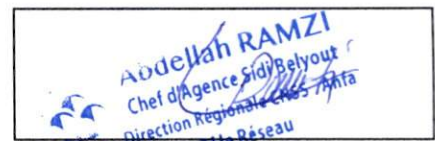
Signature et cachet :

توقيع وختم :

Le :

10 05 2024

في:



(1) Ou la personne déléguée par lui
(2) Ou N° Passeport /N° Carte Résidence pour les étrangers
(3) -conformément aux dispositions du dahir portant loi n°1.72.184 du 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.

conformément aux dispositions du dahir n°1-02-296 du 25 rejb 1423(3 octobre 2002)
promulguant la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base tel qu'il a été
modifié et complété et des textes réglementaires pris pour son application.

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.

Pour consulter les informations sus visées, veuillez contacter le centre d'appel ALLO
DAMANE au numéro 0802033333/0802007200

(1) أو من يفوض له بذلك
(2) أو رقم جواز التـجـاز /رقـم بطـاقـة الإقامـة بالـقـبـة للأجانب
(3) -طبقاً لمقتضيات الظهير رقم 184-72-1 المؤرخ في 15 جمادى الثانية 1392 الموافق
27 يوليوز 1972 المتعلق بنظام الضمان الاجتماعي كما تم تعديله و تنميته وكذا النصوص
المتخذة لتطبيقه.

- طبقاً لمقتضيات الظهير رقم 296-02-1 الصادر في 25 رجب 1423 (3 أكتوبر 2002)
بتنفيذ القانون رقم 00-65 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأـقـبـية كما تم تغييره وتنميته
وكذا النصوص المتخذة لتطبيقه.

تتم معالجة المعطيات الخاصة طبقاً لمقتضى بات القانون 08-09 المتعلق بـإمـاـيـة الأشـخـاص
الذاتيين اتجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.

للتـمـاـق من المعلومات المذكورة أعلاه، المرجح الإتصال بمركز الإتصال الو الضمان على
رقم 0802033333/0802007200

Réf.325-2-0

Indice de révision : 02-13.05.2016

Tél 0608890616/17

Ville

CASABLANCA

Adresse

219 AV DES FAR

Agence Marins Pêcheurs

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

Code : PR2FR03
Version : 02
Date : 28/03/2024

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 je :	
اصح بشرفي اني :	
N'exerce aucune activité imposable à l'IR et/ou	لا أزاوّل أي نشاط أجري أو مهني خاضع للإقتطاع الضريبي
l'IS et ne perçoit aucune pension au titre de	على الأشخاص و/أو الشركات و لا أتقاضى أي معاش برسم
l'année fiscale :2024	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 ma situation.

أشهد بصحة المعلومات المصرح بها، وأتعهد بإخطار التعاضدية بأي تغيير في وضعيتي .

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 17 et 21 ».

تنبيه:

أي تصريح غير صحيح يعرض المصرح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام باسترجاع المبالغ المستلمة طبقا للقانون الداخلي الجاري به العمل
المواد 17 و 21 .

Le : بتاريخ:

A : في:

التوقيع **Signature légalisée**

Vu pour la seule légalisation
de la signature de M^{me}...

فوق هاتمة

Justifié de son identité

Par Délégation

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.

المتعلق بحماية 08-09 القانون الخاصة بمقتضىات القانون 08-09
الأشخاص الدائنين اتجاه معالجة 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)



08 Mai 2024