

Type de dossier (1)

نوع الملف (1)

طلب في إطار التنسيق بين أنظمة الاحتياط الاجتماعي المغربية	☐	طلب مودع من قبل مؤمن له (ها) بلغ سن التقاعد	☒	طلب مودع من قبل مؤمن له (ها) مارس عملا منجميا (سن 55 سنة وما فوق)	☐
Demande formulée dans le cadre de coordination des régimes de prévoyance sociale marocains		Demande formulée par un(e) assuré(e) ayant atteint l'âge de retraite		Demande formulée par un(e) assuré(e) ayant exercé une activité minière (l'âge de 55 ans et plus)	

Cadre à remplir par l'assuré(e)

إطار يملأ من طرف مؤمن له (ها)

Date de naissance تاريخ الميلاد N° CNI (2) رقم البطاقة الوطنية للتعريف (2) N° d'immatriculation رقم التسجيل

19/02/1962 3573 225 198700315

Prénom الاسم الشخصي Nom الاسم العائلي

Abdelmajid ANANE

Adresse العنوان

Walili 1 B N°3 MIHAHID

Ville المدينة Quartier الحي

Morakech Bouakaz

Pays البلد Code Postal الرمز البريدي

MAROC

Téléphone portable الهاتف النقال

0661788247

Adresse email البريد الإلكتروني

aanane@royalmaroc.ma

أستفيد من تأمين عن المرض مدير من قبل مؤسسة أخرى غير الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
Bénéficiaire d'une assurance maladie auprès d'un organisme autre que la CNSS

Oui ☒ نعم Non ☐ لا

في حالة الإجابة بنعم المرجو ملء الإطار المخصص للمؤسسة المؤمنة
Si oui veuillez remplir le cadre réservé à l'organisme assureur

إمضاء
Signature

Cadre à remplir par l'organisme assurant la couverture médicale

إطار يملأ من طرف المؤسسة المدبرة للتأمين عن المرض

L'organisme assureur تشهد المؤسسة المؤمنة

MUPRAS-RAM

Atteste que Madame/Monsieur أن السيد(ة)

Abdelmajid ANANE

Est assuré(e) sous n° de police / n° adhésion مؤمن(ة) / منخرط(ة) تحت رقم

06119

أصرح بصديق وصحة المعلومات المذكورة
Je déclare les informations citées sincères et véritables

مدير التعاضدية
مدير المؤسسة المؤمنة
Visa et cachet de l'organisme assureur

Fait à حرر في
le بتاريخ

21/02/2022

Cadre à remplir par l'employeur dans le cas de cessation d'activité salariée ne dépassant pas 6 mois

إطار يملأ من طرف المشغل في حالة الانقطاع عن الشغل لمدة لا تتعدى 6 أشهر

Employeur المشغل

R.A.O

N° Affiliation رقم الانخراط

1213712A

Atteste que يشهد أن السيد(ة)

ANANE Abdelmajid

Madame/Monsieur كان (ت) يزاول مهنة

Exerçant la fonction de انقطع (ت) عن العمل

A cessé toute activité salariale à partir de (3) المأجور ابتداء من (3)

27/02/2022

Téléphone de l'Affilié (4) رقم هاتف المشغل (4)

أصرح بصديق وصحة المعلومات المذكورة
Je déclare les informations citées sincères et véritables

الختم الرسمي للمديرية
Direction Capital
Visa et cachet de l'employeur

Fait à حرر في
le بتاريخ

(1) Case correspondante à cocher
(2) Ou n° du titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation)
(3) Voir Conditions d'octroi
(4) Information facultative

(1) وضع علامة على الخانة المناسبة
(2) أو رقم سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل)
(3) انظر شروط الاستفادة
(4) معلومة اختيارية

Les traitements des données à caractère personnel 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 ذات الطابع الشخصي طبقا لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.