



Je soussigné(e),

Nom

BEN ABDELKRIN EL FILALI

أنا الموقّع (ة) أسفله،

الاسم العائلي

الاسم الشخصي

Prénom

SAHIR

والحامـل (ة) للبطـاقـة الـوطـنـية للـتـعرـيف (\*) رـقم

Titulaire de la CNI (\*) n°

274455

مسـجـلـ بـالـتـعـاصـدـيـةـ تـحـتـ رـقـمـ

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

اـصـرـحـ بـشـرـفـ انـ زـوـجـيـ (زـوـجـيـ)ـ (ـالـسـيـدـ)ـ (ـةـ)ـ :

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

Nom

KENIT

الاسم العائلي

Prénom

MERTEM

الاسم الشخصي

Date de naissance

22 - 01 - 1966

تـارـيخـ الـازـديـادـ

Titulaire de la CNI (\*) n°

G 204585

والـحامـلـ (ـةـ)ـ للـبطـاقـةـ الـوطـنـيةـ للـتـعرـيفـ (\*)ـ رـقمـ

لا يزاول (تزاول) أي نشاط اجـريـ اوـ مـهـنيـ خـاضـعـ لـلـإـقـطـاعـ

الـضـريـبـ عـلـىـ الـأـشـخـاصـ وـ/ـأـوـ الشـرـكـاتـ بـرـسـمـ السـنـةـ

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

l'IS au titre de l'année fiscale : 2024

المـالـيـةـ :

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 بصححة المعلومات المصرح بها، وأنتم بخطار التعاضدية 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 indument perçus, conformément au règlement intérieur « Article 4 et 6 ».

**Conseil de l'Arrondissement**

**Guéliz Marrakech**  
**Anneexe Administrative**

Riad Salam

تنبيه:



Le : 17/01/2024

بتاريخ:

A : .....17/01/2024

Marrakech le : 17 JAN. 2024 N°:

Signature التوقيع

BNL

Vue la légalisation de la signature

.....

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.

Le Conseil de l'Arrondissement n'est pas responsable du contenu du présent document. تم معالجة المعلومات الخاصة طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين اتجاه معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي.

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

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



A CASABLANCA le : 23/01/2024

في ..... ، بتاريخ

مرجع :

Réf : 049/19/2024

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

شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية الإجبارية  
(مسجل غير نشط)

N° 049/19/2024 رقم

Le Directeur Général de la Caisse Nationale

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان  
الاجتماعي بأن  
السيد(ة) ( )

De Sécurité Sociale, atteste par la présente

Que M (me)

KENZY MERYEM

المزداد(ة) بتاريخ

Né (e) le

22/01/1966

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم

Titulaire de la C.I.N. n°

G204585

مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي  
تحت رقم

Immatriculé(e) à la Caisse

168145731

الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتغطية الصحية

Nationale de Sécurité Sociale sous le n°

لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق

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 101 de la loi 65-00  
portant code de la couverture médicale de base.

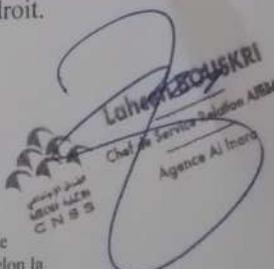
الإدارية، طبقاً لمقتضيات الفصل 101 من قانون 65-00  
بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.

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**

إمضاء و خاتم  
رئيس الوكالة



هذه البيانات يمكن تعديتها إلى أي جهة المرفقة أو الكثير التي قد تقوم بها لاحقاً  
مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين والسلط المعمول بها

"تم هذا خطأ أو نسيان"

"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"

Ref : 610-2-61

Indice de révision : 01