

A Berrechid, le :

19/12/2023

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°

*رقم

2023700000865

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)

CHIHAB AICHA

السيد(ة)

Né (e) le

30/12/1960

المزداد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n°

B728133

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

■ لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتغطية الصحية
الإجبارية، طبقا لمقتضيات الفصل 72 من قانون 00-65
بمقتضى مدونة التغطية الصحية الأساسية.

dispositions de l'article 72 de la loi 65-00
portant code de la couverture médicale de base.

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

Mme Amal KHALDI
Chef d'Agence 1ère Cat. Berrechid
Direction Régionale SETTAT
C.N.S.S.

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"

"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 تعديلها أو أي مهمة للمراقبة أو التفتيش التي قد تقوم بها لاحقا مصالح الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي طبقا للتوانين و المساطر المعمول بها"

"ما عدا خطأ أو نسيان"

(*) : رقم الشهادة مركب من رمز الوكالة ،
رقم ترشيبي والسنة الجارية

Je soussigné(e),

أنا الموقع (ة) أسفله،

Nom ZINAOU

الاسم العائلي

Prénom AHMED

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (*) n° T21284

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n° 1916

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

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

أصرح بشرفي ان زوجي (زوجتي) السيد(ة) :

Nom CHIHAB

الاسم العائلي

Prénom AICHA

الاسم الشخصي

Date de naissance 30-12-1960

تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNI (*) n° B72813.3

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

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

لا يزاول (تزاوّل) أي نشاط اجري او مهني خاضع للإقتطاع

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

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 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 طبقاً للقانون الداخلي الجاري به العمل

المواد 4 و 6).

فصل تصحيح امضاء السادة

Le: 06-12-2023 بتاريخ

A: DEROUA في

الذين امضوا بحضورنا بعد التعرف على هويتهم
Signature التوقيع 23136

الدعوة في: 06-Dec-2023

عون رقم 1

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

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

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