

 <p>الضمان الاجتماعي C N S S Le devoir de vous protéger</p>	<p>شهادة Attestation</p> <p>MLE-11680</p> <p>Immatriculation</p> <p>Non Immatriculation</p> <p>X</p>	<p>قطب المقاولات Pole Entreprise</p> <p>مديرية المنخرطين Direction des Affiliés</p> <p>التسجيل</p> <p>عدم التسجيل</p>
<p>Attestation n° : 393/28/2024</p> <p>شهادة رقم :</p>		
<p>Le directeur Général de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale(1) : يشهد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي(1) أن :</p> <p>atteste que :</p>		
Madame/Monsieur	AZAHAL NEZHA	السيد (ة)
Né (e) le :	01/01/1987	المزدد (ة) بتاريخ:
Titulaire de la CNI N° (2) :	BK335532	الحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعرف رقم (2)
<p>Est immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (3) : مسجل (ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (3) تحت رقم :</p> <p>sous le N° :</p>		
<p>N'est pas immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale غير مسجل (ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي</p>		
<p>La présente attestation est délivrée à l'intéressé(e), sur sa demande, pour Servir et valoir ce que de droit.</p> <p>و قد سلمت هذه الشهادة، للمعني (ة) بالأمر بناء على طلبه (ها) قصد الإدلاء بها عند الاقتضاء.</p>		
<p>" 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 "</p> <p>"مع جميع التحفظات المتعلقة بالخطأ أو النسيان أو التعليقات التي يمكن إجراؤها لاحقا في إطار عمليات المراجعة أو المراقبة التي تقوم بها مصالح الضمان الاجتماعي وفقا للقوانين و المساطر المعمول بها"</p>		
<p>Attestation émise par : شهادة سلمت من طرف:</p> <p>AGENCE SIDI MAAROUF</p> <p>Le : 11/03/2024 في:</p>		<p>توقيع وختم : Signature et cachet :</p> 
<p>(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°1.72.184du 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 rejeb 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.</p> <p>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.</p> <p>Pour consulter les informations sus visées, veuillez contacter le centre d'appel ALJO DAMANE au numéro 0802033333/0802007200</p> <p>(1) أو من يفوض له بذلك (2) أو رقم جواز السفر/رقم بطاقة الإقامة بالنسبة للأجانب (3) -طبقا لمقتضيات الظهير رقم 1-72-184 المؤرخ في 15 جمادى الثانية 1392 الموافق 27 يوليوز 1972 المتعلق بنظام الضمان الاجتماعي كما تم تعديله و تنميته وكذا النصوص المتخذة لتطبيقه.</p> <p>- طبقا لمقتضيات الظهير رقم 1-02-296 الصادر في 25 رجب 1423 (3 أكتوبر 2002) بتنفيذ القانون رقم 65-00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية كما تم تغييره و تنميته وكذا النصوص المتخذة لتطبيقه.</p> <p>تتم معالجة المعطيات الخاصة طبقا لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين اتجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.</p> <p>للتحقق من المعلومات المذكورة أعلاه، المرج الإتصال بمركز الإتصال الو الضمان على رقم 0802033333/0802007200</p>		

Je soussigné(e),

أنا الموقع (ة) أسفله،

Nom

الاسم العائلي

RI DA

Prénom

الاسم الشخصي

REDOUANE

Titulaire de la CNI (*) n°

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

BK 142107

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

11680

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

أصريح بشرفي ان زوجي (زوجتي) السيد(ة) :

Nom

الاسم العائلي

AZAHAL

Prénom

الاسم الشخصي

NEZHA

Date de naissance

تاريخ الازدياد

01-01-1987

Titulaire de la CNI (*) n°

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

BK 335532

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

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

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

الضريبي على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة

المالية:

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 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 ».

أطلع على صحة التوقيع
Vu pour la légalisation de la signature déposée
par Mr. REDOUANE RI DA.

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 .

الذي أثبت لنا تصريغه بالإنابة
الجماعة المختصة 15 مارس 2024

Le : 15-03-2024 بتاريخ:

A : 8531M 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.

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

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