

MLE-8372

Je soussigné(e),

أنا الموقع (ة) أسفله،

Nom

BELKAÏD

الاسم العائلي

Prénom

ABDELWAHAB

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (\*) n°

BH 36 164

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (\*) رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

.....

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

Déclare sur l'honneur que je :

اصبح بشرفي اني :

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

لا ازاول أي نشاط اجيري او مهني خاضع للإقطاع الضريبي

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

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 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 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).

864

Le : ..... 11/03/2024 ..... بتاريخ:

A : ..... CASABLANCA ..... في:

Signature التوقيع

عبد الوارد بلباس

.....



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.

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

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



A Casablanca Le

12/03/2024

في الدار البيضاء بتاريخ

Réf:

DRANFA/AS/IMMA2024094

مرجع:

**Attestation de Non bénéfice de l'Assurance  
Maladie Obligatoire « Immatriculé (e) non actif)**

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

**\* رقم \*** **Nº IMMA2024094**

Le Directeur Général de la Caisse Nationale

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني

de Sécurité Sociale, atteste par la présente que :

للضمان الاجتماعي بأن :

M (me)

**BELKASSE ABDELOUAHED**

السيد (ة)

Né (e) le

**13/05/1965**

المزداد (ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N n°

**BH36164**

والحامل (ة) لبطاقة التعرف الوطنية رقم

Immatriculé(e) à la Caisse Nationale

مسجل (ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

Nationale de Sécurité Sociale sous le n°

**125390931**

تحت رقم :

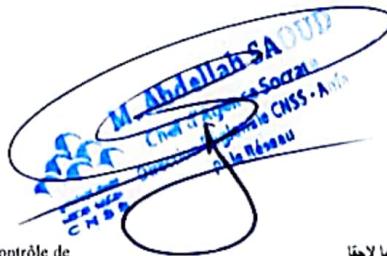
Ne bénéficie pas des prestations servies par la CNSS au titre de la couverture médicale obligatoire de base et ce, conformément aux dispositions de l'article 72 de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base. Cette attestation est délivrée à l'intéressé (e), sur sa demande, pour servir et valoir ce que de droit.

لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتنعيمية الإجبارية، طبقاً لمقتضيات الفصل 72 من قانون 00-65 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.

هذه الشهادة سلمت للمعنى (ة) بالأمر بناءً على طلب منه (ها) قصد الإدلاء بها عند الحاجة

**Signature et Cachet  
du Chef d'Agence**

**إمضاء وختام  
رئيس الوكالة**



Ces données peuvent être modifiées à l'occasion de tout contrôle de Conformité ou de vérification ultérieurs par les services CNSS, selon la Réglementation et les procédures en vigueur».

“Sous réserve d'erreur ou d'omission”

Réf : 610-2-62

Indice de révision : 01

“هذه البيانات يمكن تعديلاً إن أتى مهتماً للمرأة أو التفتيش التي قد تتم بها لاحقاً مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين و المساطر المعول بها”

“ما عدا خطأ أو نسيان”