



MLE-12097

Agence 17 HAY-HASSANI 11-Mars-24

**Attestation de Non bénéficiaire de
l'Assurance Maladie Obligatoire
<<Immatriculé(e) Inactif(ve)>>**

شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية الإلزامية
{مسجل غير نشيط}

N° : 278 رقم :

Le Directeur Général de la CNSS,
atteste par la présente que :

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الإجتماعي بأن :

M(me) :

ZERRAD MYRIAM

السيد (ة) :

Né(e) le :

17/06/1983

المزدداد(ة) بتاريخ :

Titulaire de la CIN n° :

BK228515

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم :

immatriculé(e) à la CNSS sous le n° :

127252527

مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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 101 de la loi 65-00
portant code de la couverture médicale de
base.**

لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق
الوطني للضمان الإجتماعي المتعلقة بالتغطية الصحية
الإلزامية, طبقا لمقتضيات الفصل 101 من قانون 00-65
بمطابقة 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

Radouane CHICHA
Agence
Hay Hassani
Région
Hay Sidi Ghmane - Hay Hassani

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,

هذه البيانات يمكن تعديلها اثر أي مهمة للمراقبة او التفتيش التي قد
تقوم بها لاحقا مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقا
للقوانين و المساطر المعمول بها.

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

ما عدا خطأ أو نسيان

Réf : 610-2-61

Indice de révision : 01

Je soussigné(e), أنا الموقع (ة) أسفله،

Nom الاسم العائلي M. EL YAALAOUI

Prénom الاسم الشخصي Mehdi

Titulaire de la CNI (*) n° والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم BK 442263

Immatriculé à la MUPRAS sous le n° مسجل بالتعاضدية تحت رقم 12097

**Déclare sur l'honneur que mon
conjoint madame / monsieur :** اصرح بشرفي ان زوجي (زوجتي) السيد(ة) :

Nom الاسم العائلي M. ZERRAD

Prénom الاسم الشخصي Muhammad

Date de naissance تاريخ الازدياد 17/06/1983

Titulaire de la CNI (*) n° والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم BK 228515

**N'exerce aucune activité imposable à l'IR et/ou
l'IS au titre de l'année fiscale : 2021.....** لا يزاول (تزاوّل) أي نشاط اجري او مهني خاضع للاقتطاع الضريبي على الأشخاص و (أو) الشركات لرسم السنة المالية:

*L'Arrondissement de Hassan
Non responsable du contenu de la piece
Ni pour la legalisation ni pour la signature
présentée à l'agence
Le Président par Délégation
08 AVR 2022
Signé: ALI TIMEUJ*

Je certifié que toutes les informations que j'ai fournies sont correctes, et je m'engage à avvertir les services de la MUPRAS de tout changement de la situation de mon conjoint (e).

أشهد بصحة المعلومات المصرح بها، وأنعمد 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 طبقا للقانون الداخلي الجاري به العمل (المواد 4 و 6).

Le : 2010212021 بتاريخ:

A : CASABLANCA في:

Signature التوقيع

(Signature)