

تصريح بالشرف بعدم ممارسة الزوج (ة) لأي نشاط
أجري أو مهني
**Déclaration sur l'honneur de non activité
professionnelle ou salariale du conjoint**

Code : PR2FR02
Version : 01
Date : 24/05/2022

Je soussigné(e),	أنا الموقع (ة) أسفله،
Nom	الاسم العائلي
Prénom	الاسم الشخصي
Titulaire de la CNI (*) n°	والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم
Immatriculé à la MUPRAS sous le n°	مسجل بالتعاضدية تحت رقم
Déclare sur l'honneur que mon conjoint madame / monsieur :	
Nom	الاسم العائلي
Prénom	الاسم الشخصي
Date de naissance	تاريخ الازدياد
Titulaire de la CNI (*) n°	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
I'IS au titre de l'année fiscale :	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 المصريح بها، وأتعهد بإخطار التعااضدية 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 المصريح إلى تعليق العضوية في التعااضدية مع الالتزام بإسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً للقانون الداخلي الجاري العمل به.

(المواد 4 و 6).

Pour le président par députation
Signature: **Abderrazak**
Le: **21.03.2024**
A: **Casablanca**
Signature: **BENDOUROS**
Prénom: **EL MEHDI**
Date: **27 MARS 2024**
Dar Bouazza Le: **27 MARS 2024**

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.

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



AGENCE ZIRAOU

23/04/2024

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

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

N° : 08/226/24 رقم :

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

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الإجتماعي بأن :

M(me) :

BOUKHARI SALWA

السيد (ة) :

Né(e) le :

29/01/2001

المزدداد(ة) بتاريخ :

Titulaire de la CIN n° :

AE174610

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم :

immatriculé(e) à la CNSS sous le n° :

165793928

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**

AM TALEB MOHAMED
Chef d'Agence Ziraoui
Direction Régionale CNSS - ANFA
Pôle Réseau

**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

Code : PR4FR09

Version : 02

Date : 13/07/2023

Je soussigne : *BENDOUROU EL MEHDI*

Matricule : *12590*

Déclare sur honneur avoir été victime d'un incident :

- | | |
|-------------------------------------|--------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Moi-même |
| <input type="checkbox"/> | Mon conjoint |
| <input type="checkbox"/> | Mon enfant |

Lieu : *CASABLANCA*

Date d'accident : *05.12.2023*

Causes et circonstances : *Choc de la main droite avec la porte coupe-jeu du garage à mon domicile : les collines de Dar Bouazza
Imn F Apt 5, Dar Bouazza, Casablanca.*



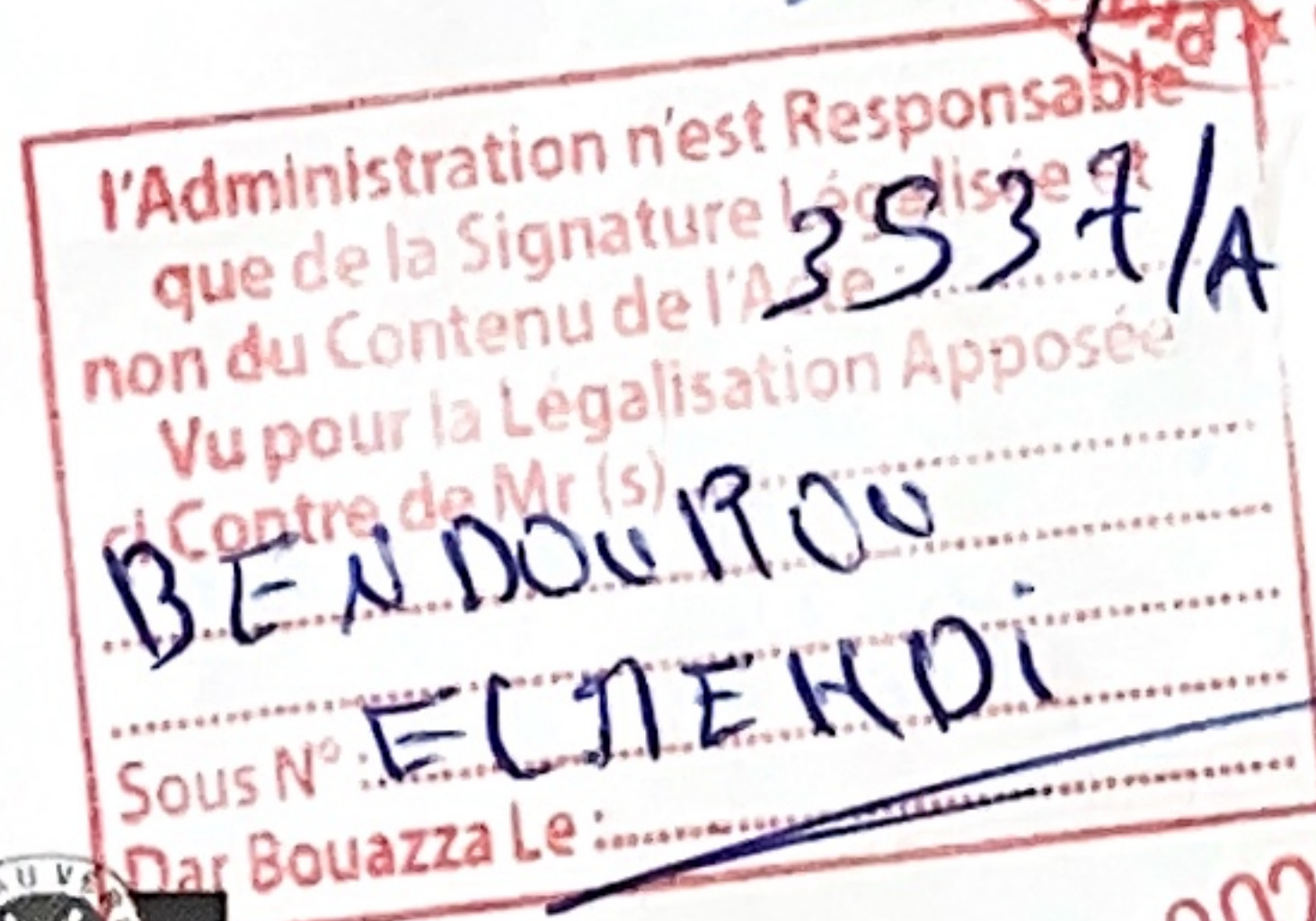
Important :

- Cette déclaration sur l'honneur doit être établie dans les 48 heures de l'incident ;
- La MUPRAS se réserve le droit de mener une enquête ou une contre visite à tout moment conformément au règlement intérieur ;
- Toute fausse déclaration ou tentative de fraude engagera son auteur ;
- Cette déclaration doit être légalisée.

Faite à : *Casablanca*

le, *21.03.2024*

Signature légalisée :



[Signature]

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger