

Je soussigné(e),

Nom

HILAL MOHAMMED

Prénom

Titulaire de la CNI (\*) n°

W 30755

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

2630

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

Nom

HILALOU

Prénom

FATIMA

Date de naissance

14/1/65

Titulaire de la CNI (\*) n°

BH 28917

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

**I'IS au titre de l'année fiscale : .....**

أنا الموقع (ة) أسفله،

الاسم العائلي

الاسم الشخصي

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

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

أصرح بشرفي ان زوجي (زوجتي) السيد(ة) :

الاسم العائلي

الاسم الشخصي

تاريخ الازدياد

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

لا يزاو (تزاو) أي نشاط اجري او مهني خاضع للإقتطاع

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 طبقا للقانون الداخلي الجاري به العمل  
المواد 4 و 6.

امطلع على موقع توقيع  
Vu pour la légalité de la signature

Mr. ...

CASABLANCA

25/12/2023

Signature التوقيع

بتاريخ:

في:



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 طبقا 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)



A ...CASABLANCA, le : 19/12/2023

في بتاريخ .....

158/19/2023

مرجع:

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

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

N°

158/19/2023

رقم

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)

**HILALOU FATIMA**

السيد(ة)

Né (e) Le

14/01/1965

المزدداد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n°

BH28917

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

☐ لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق

الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتغطية الصحية  
الإجبارية، طبقا لمقتضيات الفصل 72 من قانون 00-65  
بمناخ 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**

**إمضاء وخاتم  
رئيس الوكالة**

**Wafa HADDADI**  
Chef d'Agence Régionale  
Direction Régionale  
Hay Sidi Othmane  
Hay Hassani

"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"

"هذه البيانات يمكن تعديلها اثر أي مهمة للمراقبة او التفتيش التي قد تقوم بها لاحقا  
مضاهج الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي طبقا للقوانين و المساطر المعمول بها"

