

Je soussigné(e),

أنا الموقع (ة) أدفله،

Nom

BEL Aïachi

الاسم العائلي

Prénom

OMAR

الحبيبي

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (\*) n°

B 295685

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

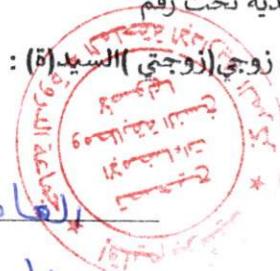
Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

04800

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

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

اصبح بشرفي ان زوجي (زوجي السيد (ة) :



Nom

LAMRI

العاصري

الاسم العائلي

Prénom

Saadie

السعدي

الاسم الشخصي

Date de naissance

WA16064

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 (تزاول) أي نشاط اجيري أو مهني خاضع للإقطاع

l'IS au titre de l'année fiscale : .....2023.....

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، واتعهد بالخطار التعاضدية بأي تغيير في وضع زوجي (زوجي)

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 باسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً للقانون الداخلي الجاري به العمل  
تم تصحيح امضاء السيد

المادة 4 و 6).

الحبيبي  
تم تصحيح امضاء السيد  
29-11-23  
2023  
تم حماية المبروك

Le : 29-11-23

At : ACCUEIL

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.

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

A Berrechid, le :

11/12/2023

في برشيد، بتاريخ

Réf : Agence BERRECHID

**Attestation de Non bénéfice de l'Assurance**

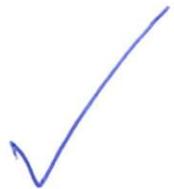
**Maladie Obligatoire «Non Immatriculé(e) » :**

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

\* N°

\* رقم

2023700000825



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)

**LAMRI SAADIA**

السيد(ة)

Né (e) le

01/01/1967

المزداد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n°

**WA16067**

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم

- N'est pas immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.
- 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.

غير مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي  
 لا يستفيد من التغطيات الممنوحة من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتغطية الصحية الإجبارية، طبقاً لمقتضيات الفصل 72 من قانون 65-00 بمثابة 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 للمعنى(ة) بالأمر بناء على طلب منه(ها) قصد الإدلاء بها عند الحاجة

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

Mme Amal KHALDI  
Chef d'Agence 1ère Cat. Berrechid  
CNSS  
Direction Régionale SETTAT

امضاء و خاتمة  
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"

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

(\*): le numéro de l'attestation est composé du code agence, d'un numéro séquentiel et de l'année en cours.