

Je soussigné(e),

أنا الموقع (ة) أسفله،

Nom

SAF SIB

الاسم العائلي

Prénom

MOHAMED

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI n°

B 103469

والحاصل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

2909

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

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

اصرح بشرفني ان زوجي (زوجي) (السيد) (ة) :

Nom

DEBBARH

الاسم العائلي

Prénom

CHADIA

الاسم الشخصي

Date de naissance

05/10/1968

تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNIE n°

D 143790

والحاصل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف رقم

N'exerce aucune activité salariale ou
professionnelle imposable à l'IR et/ou l'IS au
titre de l'année fiscale :

لا يزاول (تنزأول) أي نشاط اجيري او مهني خاضع للإقطاع
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 ، وأنعهد بإخطار التعاضدية بأى تغير 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 ».

25 DEC. 2023

تنبيه:

أي تصريح غير صحيح يعرض المصرح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام باسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً للقانون الداخلي الجاري به العمل

المواد 4 و 6 .

Le: بتاريخ:
A: في:

Signature à légaliser توقيع مصادق عليه



تم معالجة المعلومات الخاصة طبقاً للمقتضيات القانون 09-08
الموافق 08 جانفي 2024 المتعلق بحماية
الأشخاص الذين اتجاه معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي.

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.

A Berrechid, le :

03/01/2024

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

2024700000009

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)

DEBBACH CHADIA

السيد(ة)

Né (e) le

03/10/1962

المزداد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n°

D143790

والحاصل(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 التعويضات 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 للمعني(ة) بالأمر بناء على طلب منه(ها) قصد الإدلاء بها
عند الحاجة

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

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



امضاء و خاتمة
رئيس الوكالة

“هذه البيانات يمكن تعديليها إزاء أي مهمة للرقابة أو التفتيش التي قد تقوم بها لاحقاً مصالح الضابط
الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين والمساطر المعهود بها

”ما دعا خطأ أو نسياناً“

(*) رقم الشهادة مركب من رمز الوكالة،
رقم ترتيبوني والسنة الجارية

“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.