

**Déclaration sur l'honneur de non activité
professionnelle ou salariale du conjoint**

Je soussigné(e),

أنا الموقّع (ة) أقسم،

Nom

الاسم العائلي

Prénom

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (*) n°

والحاصل (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 :

اصرّح بشرف أن زوجي (زوجي) (السيد(ة)) :

Nom

الاسم العائلي

Prénom

الاسم الشخصي

Date de naissance

تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNI (*) n°

والحاصل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

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

لا يزاول (تراو) أي نشاط أجيري أو مهني خاضع للإقطاع

l'IS au titre de l'année fiscale :

الضريبي على الأشخاص والشركات برسمل المدخرة

المالية:
ACCUEIL

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 بصحبة المعلومات المصرّحة بها، واتّعّد بإخطار التعاضدية بأى 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 indûment perçus, conformément au règlement intérieur « Article 4 et 6 ».

تنبيه:

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

المواد 4 و 6 .

Le :
A :

بيان تسلّم بتأريخ:
.....

Signature التوقيع
.....

2023-19



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 المعلومات الخامسة طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذين اتجاههم في مجال المعطيات ذات الطابع الشخصي.

م ٤١٧٣



A Berrechid, le :

22/12/2023

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

2023700000887

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)

EL OUAKHCHAHI FATIMA

السيد(ة)

Né (e) le

21/11/1965

المزداد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n°

BE427322

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 00-65
 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 Amal KHALDI
Chef d'Agence àéra Cat. Berrechid
CNSS Direction Régionale SETTAT

إمضاء وخطاب
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.

"هذه البيانات يمكن تعديلاها في أي مهمة للرقابة أو التفتيش التي قد تقوم بها لاحقاً مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين والمساطر المعمول بها"