

Je soussigné(e), أنا الموقع (ة) أسفله،

Nom MAJIB الاسم العائلي

Prénom MOHAMED الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI n° B 103462 والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n° 2909 مسجل بالتعاقدية تحت رقم

Déclare sur l'honneur que mon conjoint madame / monsieur : اصرح بشرفي ان زوجي (زوجتي) السيد(ة) :

Nom DEBBARH الاسم العائلي

Prénom CHADIA الاسم الشخصي

Date de naissance 02/10/1962 تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNIE n° D143790 والحامل (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 : 2021 لا يزاول (تزاوّل) أي نشاط اجري او مهني خاضع للإقتطاع 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 avvertir les services de la MUPRAS de tout changement de la situation de mon conjoint(e).

أشهد بصحة المعلومات المصرح بها ، وأتعهد بإخطار التعاقدية 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 ».

25 DEC. 2023

تنبية:
أي تصريح غير صحيح يعرض المصرح إلى تعليق العضوية في التعاقدية مع الالتزام باسترجاع المبالغ المستلمة طبقا للقانون الداخلي الجاري به العمل

المواد 4 و 6 .

Le : بتاريخ:

A : في:

Signature à légaliser توقيع مصادق عليه

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 طبقا لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين اتجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.



A Berrechid, le :

03/01/2024

في برشيد، بتاريخ

Réf : Agence BERRECHID

Attestation de Non bénéfice de l'Assurance

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

Maladie Obligatoire «Non Immatriculé(e)» :

* 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

المزاد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n°

D143790

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
الإلزامية، طبقا لمقتضيات الفصل 72 من قانون 00-65
بمناوبة 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 بناءا علي طلب منه(ها) قصد الإدلاء بها
عند الحاجة

Signature et Cachet
Du Chef d'Agence

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

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"

"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 تعديلها في أي مهمة للمراقبة أو التفتيش التي قد تقوم بها لاحقا مصالح الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي طبقا للقوانين و المساطر المعمول بها"

"ما عدا خطأ أو نسيان"

(*) رقم الشهادة مركب من رمز الوكالة ،
رقم ترتيب السنة الجارية