

Je soussigné(e),

أنا الموقع (ة) أسفله،

Nom

ABDERRAHMANE

الاسم العائلي

Prénom

MOHAMED

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI n°

B 103469

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

8909

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

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

اصرخ بشرفي ان زوجي (زوجي) (السيد(ة) :

Nom

DEBBARH

الاسم العائلي

Prénom

CHADIA

الاسم الشخصي

Date de naissance

03/10/1968

تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNIE n°

D 143790

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 (تزاول) أي نشاط اجيري او مهني خاضع للإقطاع
الضريبي على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة
المالية: 2021

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 الم المصر بها ، وأنعهد بإخطار التعاضدية بأي 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 الم المصر إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام بإسترجاع 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 لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية
الأشخاص الذاتيين إتجاه 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

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 التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتغطية الصحية
الإجبارية، طبقاً لمقتضيات الفصل 72 من قانون 00-65-00
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 بناءً 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



إمضاء و خاتم
رئيس الوكالة

“هذه البيانات يمكن تعديلاها إما في مهمة للمرأة أو النشاط الذي قد تتم بها لاحقاً مصالح الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين والمساطر المعول بها”

“ما خطأ أو نسيان”

“(*) رقم الشهادة مركب من رمز الوكالة ،
رقم ترتيب بي 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.