

Je soussigné(e),

Nom

OUDRA

أودرا

الاسم العائلي

Prénom

YAMNA

يامنة

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (*) n°

BH214398

والحاصل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

0005989

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

Déclare sur l'honneur que je :

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

لا ازاول أي نشاط اجري او مهني خاضع للإقتطاع الضريبي

l'IS au titre de l'année fiscale : ... 2021.

على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة

المالية: 2021

أنا الموقّع (ة) أسفله،

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 ma situation.

أشهد بصحّة المعلومات المصرّح بها، وأنّعه بخطر التعاضدية بأي تغيير في وضعّي.

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 المصرّح 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 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 الذاتيين اتجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.

(*) : ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation)

(*) او سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة او بطاقة التسجيل)

A BERRECHID, le :

23/01/2024

في برشيد ، بتاريخ

Attestation de Non bénéfice de l'Assurance
Maladie Obligatoire « Immatriculé(e) Inactif (ve) »

* N°

2024700000133

شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية
(مسجل (ة) غير نشيط (ة))

* رقم

Le Directeur Général de la Caisse Nationale
de Sécurité Sociale, atteste par la présente
que M(me)

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بأن

السيد(ة)

Né (e) le 24/05/1966

المزداد(ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N. n° BH214398

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم

Immatriculé(e) à la Caisse
Nationale de Sécurité Sociale sous le n° 163145075

مسجل(ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
تحت رقم

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 101 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
الإجبارية، طبقاً لمقتضيات الفصل 101 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 بناءً على طلب منه(ها) قصد
الإدلاء بها عند الحاجة

Signature et Cachet
du Chef d'Agence



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 تعديلاً إثر أي مهمة للرقابة أو التفتيش التي تقوم بها لاحقاً مصالح الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين والمساطر المعول بها!"

"ما عدا خطأ أو نسياناً"

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

التزام بعدم الزواج

الموقة اسفله :

الاسم الشخصي : يمنة

الاسم العائلي : اضرا

الحاملة للبطاقة الوطنية رقم : BH214398

والساكنة ب : 54 تجزئة العلجة برشيد.

بموجب هذا الالتزام وتحت جميع الضمانات السارية المفعول والجاري بها العمل أشهد وألتزم بأنني لم اتزوج منذ وفاة زوجي الذي قيد حياته السيد امبارك اوبريم بتاريخ 31/08/2008 الى يومنا هذا.

وبهذا أشهد وأصرح وألتزم وعليه أوقع وقد أقامت هذا الالتزام قصد الإدلاء به
عند الحاجة ولدى من يجب.

15 JAN 2024

امضاء

نظر بالتصديق على إمضاءات

المادة العنصر ب Yoshihiko

