

10/02/2024

A Casablanca

Le 07/02/2024

في الدار البيضاء

Réf : DRANFA/ADGH/48/60/2024

Attestation de non bénéfice de l'assurance

شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية الإجبارية

Maladie Obligatoire « Non Immatriculé (e) »

« غير مسجل »

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)

CHAHIDI EL OUAZZANI AMINA

السيد (ة)

Né (e) le

23/08/1960

المزداد (ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N n°

B561743

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
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 بناءً على طلب
منه (ها) قصد الإدلاء بها عند الحاجة

Signature et Cachet
du Chef d'Agence



مضاء و خاتم
رئيس الوكالة

Ces données peuvent être modifiées à l'occasion de tout contrôle de
Conformité ou de vérification ultérieurs par les services CNSS, selon la
Réglementation et les procédures en vigueur ».

« هذه البيانات يمكن تعديلاً اثر اي مهمة للمراقبة او التفتيش التي قد تتم بها لاحقاً
مصلحة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للقوانين و المعايير المعمول بها ».

«Sous réserve d'erreur ou d'omission»

« ما عدا خطأ او نسيان »

Réf : 610-2-63
Indice de révision : 01

Je soussigné(e),

Nom

HOUBEIR

الاسم العائلي

Prénom

LAHSEN

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (*) n°

B28268

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

A419

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

Déclare sur l'honneur que mon

اصرح بشرف ان زوجي (زوجي) (السيد(ة) :

conjoint madame / monsieur :

Nom

CHAHIDI ELOUAZZANI

الاسم العائلي

Prénom

AMINA

الاسم الشخصي

Date de naissance

23.08.1960

تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNI (*) n°

B561743

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

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

لا يزاول (تزاول) أي نشاط اجيري أو مهني خاضع للإقطاع

l'IS au titre de l'année fiscale : 2024

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 avertir les services de la MUPRAS de tout changement de la situation de mon conjoint (e).

أشهد بصحبة المعلومات المصرح بها، وأتعهد بليخبار التعاضدية بأي 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 indument perçus, conformément au règlement intérieur « Article 4 et 6 ».

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 .

اطلاع عليه لتصحيح الامضاء الذي وضعه
Le : 12/02/2024
A : Casablanca
Signature التوقيع

بتاريخ: 16 FÉV 2024
في: BOUZAACHANE
ACCUEIL