



1489

A Casablanca

Le 07/02/2024 بتاريخ

في الدار البيضاء

Réf : DRANFA/ADGH/48/60/2024

Attestation de non bénéfice de l'assurance

شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية الإلزامية

Maladie Obligatoire « Non Immatriculé (e) »



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

المزاد (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 الإلزامية، طبقا 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



إمضاء وخاتم  
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 تعديلها اثر أي مهمة للمراقبة أو التفتيش التي قد تقوم بها لاحقا مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقا للقوانين و الماسطر المعمول بها"

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

"ما عدا خطأ أو نسيان"

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

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

Code : PK2FR02  
Version : 01  
Date : 24/05/2022

<b>Je soussigné(e),</b>	<b>أنا الموقع (ة) أسفله،</b>
Nom	الاسم العائلي
Prénom	الاسم الشخصي
Titulaire de la CNI (*) n°	والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم
Immatriculé à la MUPRAS sous le n°	مسجل بالتعاضدية تحت رقم
<b>Déclare sur l'honneur que mon conjoint madame / monsieur :</b>	<b>أصرح بشرفي ان زوجي (زوجتي) السيد(ة) :</b>
Nom	الاسم العائلي
Prénom	الاسم الشخصي
Date de naissance	تاريخ الازدياد
Titulaire de la CNI (*) n°	والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم
<b>N'exerce aucune activité imposable à l'IR et/ou l'IS au titre de l'année fiscale : 2024</b>	<b>لا يزاول (تزاوّل) أي نشاط اجري او مهني خاضع للإقتطاع الضريبي على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة المالية: .....</b>

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 المصرح بها، وأتعهد بإخطار التعاضدية 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 ».

**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).

أطلع عليه لتصبح الامضاء الذي وضعه

Le : 2024

A : 2024

Signature التوقيع

16 FEB. 2024