

**Déclaration sur l'honneur de non activité  
professionnelle ou salariale du Veuf /Ve**

Je soussigné(e),

Nom

*Legzaer*  
*Legzaer*

الاسم العائلي

Prénom

*BE 41 800*

الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI (\*) n°

*1340*

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (\*) رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

Déclare sur l'honneur que je :

اصرخ بشفهي اني :

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 : *2024*

على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة

المالية: *2024*

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 بصححة المعلومات المصرح بها، وأنعهد بإخطار التعاضدية بأى تغيير في وضعى.

**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:

أى تصريح غير صحيح يعرض المصرح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام بإسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً للقانون الداخلي الجاري به العمل

المواد 4 و 6 )

Le : *26/03/2024* بتاريخ:

A : *Casablanca* في:

Signature التوقيع *Legzaer*

*27 FEV 2024*

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.

*CHABIRACHID*

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

(\*) : او سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة او بطاقة التسجيل) Office Délégué de la légalisation de la signature de la Certification de la copie Conforme "Original"



A Casablanca

Réf



Le 19/02/2024

DRANFA/AGDG/SA

في الدار البيضاء بتاريخ

مرجع :

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

شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية الإجبارية  
(مسجل غير نشط)

\* رقم \*

Le Directeur Général de la Caisse Nationale  
de Sécurité Sociale, atteste par la présente que :

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني  
للضمان الاجتماعي بأن :

M (me)

LAZAAR AZIZA

السيد (ة)

Né (e) le

01/01/1963

المزداد (ة) بتاريخ

Titulaire de la C.I.N n°

BE41800

والحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم

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

151836239

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  
00-65 portant code de la couverture médicale  
de base.

Cette attestation est délivrée à l'intéressé (e), sur  
sa demande, pour servir et valoir ce que de droit.

لا يستفيد من التعويضات الممنوحة من طرف الصندوق  
الوطني للضمان الاجتماعي، المتعلقة بالتغطية  
الصحية الإجبارية، طبقاً لمقتضيات الفصل 101 من  
قانون 00-65 بمثابة التغطية الصحية الأساسية .

**Signature et Cachet  
du Chef d'Agence**



**إمضاء 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 ».

''Sous réserve d'erreur ou d'omission''  
Réf : 610-2-61  
Indice de révision : 01

'' هذه البيانات يمكن تعديلاها اثر اي مهمة للمراقبة او التفتيش التي قد تقوم بها لاحقا  
مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقاً للفوائز و المساطر المعمول بها ''

'' ما عدا خطأ او نسيان ''