



1068

Agence 56 AL FATH

05-avr-24

**Attestation de Non bénéfice de  
l'Assurance Maladie Obligatoire <<Non  
Immatriculé(e)>>**

شهادة عدم الاستفادة من التغطية الصحية الإجبارية  
{غير مسجل(ة)}

N° : 164/56/2024 : رقم



Le Directeur Général de la CNSS,  
atteste par la présente que :

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بأن :

M(me) :

**BIDOURI EL YAKOUTTE**

السيد(ة) :

Né(e) le :

**01/01/1978**

المزدداد(ة) بتاريخ :

Titulaire de la CIN n° :

**BK205399**

والحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم :

- ☒ N'est pas immatriculé(e) à la CNSS
- ☒ 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، طبقا 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 بناء على طلب منه(ها) قصد  
الإدلاء بها عند الحاجة.

Signature et Cachet  
du Chef d'Agence  
AGENCE AL FATH  
Agence Régionale  
May Sidi Othmane May Hassani

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,

هذه البيانات يمكن تعديلها اثر أي مهمة للمراقبة او التفتيش التي قد  
تقوم بها لاحقا مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طبقا  
للقوانين و المساطر المعمول بها.

"Sous réserve d'erreur ou d'omission"

ما عدا خطأ أو نسيان

Réf : 610-2-63

Indice de révision : 01

4

Je soussigné(e),

أنا الموقع (ة) أسفله،

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

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

أصريح بشرفي ان زوجي (زوجتي) السيد(ة) :

Nom

الاسم العائلي

Prénom

الاسم الشخصي

Date de naissance

تاريخ الميلاد

Titulaire de la CNI (\*) n°

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

**N'exerce aucune activité imposable à l'IR et/ou  
l'IS et ne perçoit aucune pension au titre de  
l'année fiscale 2024**

لا يزاول (تزاوّل) أي نشاط أجري أو مهني خاضع للإقطاع  
الضريبي على الأشخاص و/أو الشركات و لا يتقاضى  
(تتقاضى) أي معاش برسم السنة المالية : 2024

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 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 17 et 21 ».

تنبيه:

أي تصريح غير صحيح يعرض المصرح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام باسترجاع المستلمة طبقاً للقانون الداخلي الجاري به العمل المواد 17 و 21).

Rec. par sa pièce d'identité  
à l'agent  
08 AVR 2024

Signature légalisée التوقيع

بتاريخ:  
في: