



Le devoir de vous protéger

Immatriculation

Non Immatriculation

Attestation

التسجيل

عدم التسجيل

مكتب شكاوى
Pole Entreprise
مديرية الشغل
Direction des Affiliés

Attestation n° :

266/56/2024

شهادة رقم :

Le directeur Général de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale(1)
atteste que :

Madame/Monsieur :

BOUZIANE ZOUBIDA

السيد (ة)

Né (e) le :

25/08/1968

المزاد (ة) بتاريخ :

Titulaire de la CNI ° (2) :

WA19101

الحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف رقم (2)

Est immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (3)
sous le N° :

مسجل (ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (3) تحت رقم :

N'est pas immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale

ير مسجل (ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

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

سلمت هذه الشهادة، للمعني (ة) بالأمر بناء على طلبه (ها) قصد الإدلاء بها عند
تضاء.

" Sous réserve de toute erreur ou omission et toutes modifications opérées
Ultérieurement à l'occasion des vérifications ou contrôles de conformité
Effectués par les services de la CNSS, selon la réglementation et les
Procédures en vigueur "

جميع التحفظات المتعلقة بالخطأ أو النسيان أو التعليقات التي يمكن إجراؤها لاحقا
طار عمليات المراجعة أو المراقبة التي تقوم بها مصالح الضمان الاجتماعي وفقا
لبن و المساطر المعمول بها"

Attestation émise par :

شهادة سلمت من طرف :

.....AGENCE AL FATH.....

Signature et cachet :

Le :

25/04/2024

في :

(1) Ou la personne déléguée par lui
(2) Ou N° Passeport /N° Carte Résidence pour les étrangers
(3)-conformément aux dispositions du dahir portant loi n°1.72.184 du 27/07/1972 relatif au
régime de sécurité sociale tel qu'il a été modifié et complété et des textes réglementaires pris
pour son application.

conformément aux dispositions du dahir n°1-02-296 du 25 rejab 1423(3 octobre 2002)
promulguant la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base tel qu'il a été
modifié et complété et des textes réglementaires pris pour son application.

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.

Pour consulter les informations sus visées, veuillez contacter le centre d'appel ALLO
DAMANE au numéro 0802033333/0802007200

من يفوض له بذلك
رقم جواز السفر/رقم بطاقة الإقامة بالنسبة للأجانب
ليقا لمقتضيات الظهير رقم 1-72-184 المزمع في 15 جمادى الثانية 1392 الموافق
وز 1972 المتعلق بنظام الضمان الاجتماعي كما تم تعديله و تميمه وكذا النصوص
لتطبيقه.

مقتضيات الظهير رقم 1-02-296 الصادر في 25 رجب 1423 (3 أكتوبر 2002)
قانون رقم 65-00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية كما تم تغييره و تميمه
بوصف المتخذة لتطبيقه.

المعطيات الخاصة طبقا لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص
جاء معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.

المعلومات المذكورة أعلاه، المرج الإتصال بمركز الإتصال الو الضمان على
0802033333/0802007200

Réf. 325-2-0

Indice de révision : 02-13.05.2016

المدينة

العنوان

البريد الإلكتروني

الفاكس

الهاتف

Adresse électronique

Fax

05 22 418305

Tel

0529037787

CASABLANCA Ville

ELAZHAR 1

AGL RD QUED DACCRA ET RUE 41 OULFA

Adresse

ALFATH

تصريح بالشرف بعدم ممارسة الزوج (ة) لأي نشاط
أجري أو مهني
**Déclaration sur l'honneur de non activité
professionnelle ou salariale du conjoint**

Code : PR2FRO2
Version : 02
Date : 28/03/2024

Je soussigné(e),		أنا الموقع (ة) أسفله،	
Nom	الاسم العائلي	الزهاوي	
Prénom	الاسم الشخصي	يوسف	
Titulaire de la CNI (*) n°	والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم	0465459	
Immatriculé à la MUPRAS sous le n°	مسجل بالتعاضدية تحت رقم		
Déclare sur l'honneur que mon conjoint madame / monsieur :		أصرح بشرفي أن زوجي (زوجتي) السيد(ة) :	
Nom	الاسم العائلي	بورزيان	
Prénom	الاسم الشخصي	زوبيرة	
Date de naissance	تاريخ الازدياد	le 25 août 1968	
Titulaire de la CNI (*) n°	والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم	X142321	
N'exerce aucune activité imposable à l'IR et/ou l'IS et ne perçoit aucune pension au titre de l'année fiscale :		لا يراول (تراول) أي نشاط أجري أو مهني خاضع للإقتطاع الضريبي على الأشخاص و/أو الشركات و لا يتقاضى (تقاضى) أي معاش 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 بصحة المعلومات المصريح 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 ».

أي تصريح غير صحيح يعرض المصريح بالتعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام بإسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً للقانون الداخلي الجاري به العمل المواد 17 و 21).

Le : 23 Avril 2024

A :

Signature légalisée 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.

تتوافق المعطيات الخاصة طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية
البيانات الشخصية مع مقتضيات المعطيات ذات الطابع الشخصي.
(*) أو سند الإقامة بصفة لأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل) 29 أبريل 2024

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