

Je soussigné(e),

Nom: EL HAYLANI الاسم العائلي

Prénom: ABDERRAHIM الاسم الشخصي

Titulaire de la CNI n°: Y45724 والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف رقم

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°: A0594 مسجل بالتعاضدية تحت رقم

Déclare sur l'honneur que mon conjoint madame / monsieur : اصرح بشرفي ان زوجي (الزوجة) السيد (ة):

Nom: LADNANI الاسم العائلي

Prénom: LATIFA الاسم الشخصي

Date de naissance: 16-04-1973 تاريخ الازدياد

Titulaire de la CNIE n°: BE 603287 والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف رقم

N'exerce aucune activité salariale ou professionnelle imposable à l'IR et/ou l'IS au titre de l'année fiscale : لا يزاول (تزاول) أي نشاط اجري او مهني خاضع للإقتطاع الضريبي على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة المالية: 2023

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 التعااضدية 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 التعااضدية مع الالتزام باسترجاع المبالغ المستلمة طبقاً للقانون الداخلي الجاري به العمل المواد 4 و 6.

بتاريخ: 16-04-2023

في: Casablanca

توقيع مصادق عليه: Signature à légaliser

عن الرئيس: عبد الحليم

بمضى: عبد الحليم

2023

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.

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



Agence 17 HAY-HASSANI 12-Déc-23
**Attestation de Non bénéfice de
l'Assurance Maladie Obligatoire <<Non
Immatriculé(e)>>**

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

N° : 471 رقم :

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

يشهد السيد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بأن :

M(me) :

LADNANI LATIFA

السيد(ة) :

Né(e) le :

16/01/1973

المزاد(ة) بتاريخ :

Titulaire de la CIN n° :

BE603287

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 بذا على طلب منه(ها) لصد
الإدلاء بها عند الحاجة.

Signature et Cachet
du Chef d'Agence

El. OUBOU NAOLA
Chef d'Agence
Agence Régionale
Direction Régionale
Hay Hassani

امضاء 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 أو 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 تسيان

Réf : 510-2-63

Indice de révision : 01