

133589

Code : PR6PR02
Version : 01
Date : 25-06-2022

Entité A et Solidarité

Demande Aide sociale

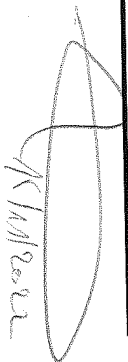
Nom et Prénom	Mle	Objet de Demande	Total pensions	Date	Avis Commission
KABLY SADIA	406	Demande exonération cotisation & FDS	1696,29	14/11/2022	Accord
QANDIL FATIMA	406	Demande exonération cotisation & FDS	1696,29	14/11/2022	Accord

A.Sociale

Directeur

Trésorier

Président


14/11/2022


ASTIA/22


14/11/22




14/11/22

certificat d'accord

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger

Je soussigne : QANDIL FATIMA
Titulaire de la CIN : B 60 1389
Matricule : 00406
Adresse domicile : Cite Mabrouka Rue 27 N°108 CASA
Bénéficiaire :
Téléphone : 06 97678607
Email : Zhilal@royalairmaroc.com
Motif de la demande : ☐ PEC totale ☐ Restitution du RAC ☒ Exonération cotisation

Si PEC totale : J'autorise MUPRAS à prélever le RAC sur :

☐ CIMR ☐ BANQUE ☐ SALAIRE

Je joins à ma demande les pièces justificatives de ma situation suivante :

- Copie badge ;
- Copie carte d'identité ;
- Pensions CIMR et CNSS ;
- Certificat de scolarité ;
- Divers (à préciser) :

J'atteste sur l'honneur que toutes les informations que j'ai fournies sont correctes.

Fait à : CASA

Le : [Signature]

Signature :

FATIMA QANDIL

Les prélèvements mensuels s'effectuent selon le règlement intérieur de la MUPRAS en vigueur.

NB : En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées par ses bénéficiaires.

Formulaire d'Enquête sociale

Code : PR6FR03
Version : 02
Date : 20/06/2022

DECLARATION SUR L'HONNEUR

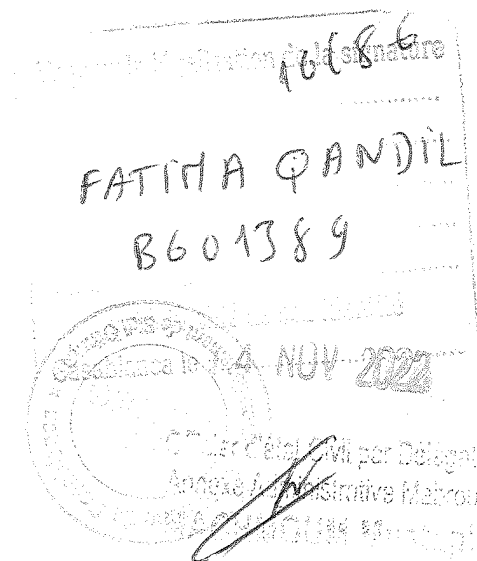
Je, soussigné(e) QANDIL FATIMA Certifie de l'exactitude des renseignements ci-dessus donnés, et en particulier ceux concernant mes ressources.

Je m'engage à fournir tous les justificatifs nécessaires pour la vérification de mes déclarations et à faire connaître immédiatement à la MUPRAS tout changement intervenu dans la situation décrite ci-dessus.

J'accepte qu'un ou des représentants du service Social se rendent à mon domicile.

Fait à
SIGNATURE

, le



Formulaire d'Enquête sociale

Code : PR6FR03
Version : 02
Date : 20/06/2022

Pôle Assistance et Solidarité :

- Matricule de l'adhérent : *0406*

1- Objet de la demande :

- Demande Prise en charge Totale.
- Demande restitution restant à charge.
- ☒ Demande d'exonération
- Autre demande à Préciser :

2- Situation familiale du demandeur :

- Célibataire
- ☒ Veuf (Ve)
- Divorcé (e)
- Marié(e)

3- Motif de la demande : (Bien expliquer les motifs de votre demande de façon claire et précise)

3- Enfants :

Nom/Prénom	Date de naissance	Profession

4. Autres personnes à charge :

Nom et prénoms	Date de Naissance	Lien de parenté	Activité, profession

Formulaire d'Enquête sociale

Code : PR6FR03
Version : 02
Date : 20/06/2022

5. Ressources du foyer : Mentionner les revenus de la famille et fournir les justificatifs.

Types de revenus	Demandeur	Conjoint(e)
Salaire net mensuel		
Retraite (CNSS + CIMR)		
Retraite complémentaire		
Revenus immobilières		
- Foncier		
- Agricole		
Autres revenus		

6. Logement occupé :

☐ Locataire, préciser si :

☐ Logement social

☐ Propriétaire

☐ Autre à Préciser :

☐ **Type de logement :**

☐ Maison

☒ Appartement

☐ Autre à Préciser :

1- Traitement Médical :

1- Depuis :

2- Depuis :

3- Depuis :



شهادة الاستفادة من معاش

Attestation de bénéfice d'une pension

قطب التعويضات

Pôle Prestations

مديرية التعويضات العائلية والاجتماعية

Direction des Prestations
Familiales et Sociales

Attestation n° :

B20210000054504

شهادة رقم:

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

Madame/Monsieur :

QANDIL FATIMA

المسبة (ة):

Titulaire de la CNI n° (2) :

B601389

الحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف رقم (2) :

Immatriculé(e) à la CNSS sous le numéro :

192216029

المسجل (ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تحت رقم :

Perçoit une pension de (3) :

Pension de survivant

(ت) يتقاضى معاش (3) :

à compter de :

01/11/2020

ابتداء من:

Dont le montant est détaillé comme suit (en Dirham):

فرد و تفصيله كالتالي (بالدرهم):

	Mensuel	الشهري	Trimestriel	الثلثي	Annuel (4)	السوي
Montant Brut	894.4		2683.2		10732.8	المبلغ الخام
Prélèvement des cotisations AMO	40.42		121.26		485.04	القطاع اشتراكات التأمين الإجباري عن المرض
Prélèvement de l'IR	0		0		0	القطاع الضريبة عن الدخل
Montant Net	853.98		2561.94		10247.76	المبلغ الصافي

Est couvert(e) de l'assurance maladie obligatoire de base (5).

مشمول (ة) بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض (5) .

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

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

" Sous réserve de toute erreur ou omission ou en cas de service indûment de prestations ou suite à toutes modifications opérées ultérieurement à l'occasion des vérifications ou contrôles effectués par les services de la CNSS, selon la réglementation et les procédures en vigueur"

" مع جميع التعليلات المتعلقة بالخطأ أو للنسيان أو الاستفادة من تعويضات بدون حق أو التعديلات التي يمكن إجراؤها لاحقاً في إطار عمليات المراجعة أو المراقبة التي تقوم بها مصالح الضمان الاجتماعي وفقاً للقوانين والمساطر المعمول بها"

Attestation émise par :

شهادة سلمت من طرف :

Signature et cachet

توقيع و ختم

Le :

15-01-2021

في :

- (1) Ou son représentant.
- (2) Ou N° Carte Résidence
- (3) Type de pension conformément aux dispositions du Dahir n° 1.72.164 du 15 Jourmada II 1392(27 juillet 1972) instituant le régime de sécurité sociale tel qu'il a été modifié et complété (articles 43.53 et 57)
- (4) Année en cours
- (5) Selon la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base gérée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale
- (6) En application des dispositions de l'article 2 portant code de la couverture médicale de base.
- (7) En application des dispositions de l'article 3 du décret n° 2-05-734 du 11 jourmada II 1426/18 juillet 2005 fixant le montant minimum de la pension servie sur lequel s'applique le taux de cotisation due à la CNSS au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base.
- (8) En application des dispositions Article 114 de loi n° 65-00 régissant, entre autres, les pensionnés bénéficiant d'une couverture médicale de base autre que l'AMO.

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 vérifier l'authenticité de la présente attestation et son contenu, veuillez visiter le site Web : www.cnss.ma, Rubrique (Services en ligne - Vérification de l'authenticité des attestations) en renseignant le numéro de référence de l'attestation et le numéro d'immatriculation, ou contacter le centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros: 0802033333/0802007200.

- (1) أو من يعرض له بذلك
 - (2) أو رقم بطاقة الإقامة
 - (3) نوعية المعاش طبقاً لمقتضيات المرسوم رقم 184-72-1 المؤرخ في 15 جمادى الثانية 1392 الموافق 27 يوليوز 1972 المنطبق بنظام الضمان الاجتماعي كما تم تعديله وتتميمه (إصدار 43 ، 53 ، 57)
 - (4) السنة الجارية
 - (5) طبقاً للقانون 65-00 بمثابة مدونة للتغطية الصحية الأساسية المعمورة من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.
 - (6) طبقاً لمقتضيات الفصل 2 من القانون 65-00 بمثابة مدونة للتغطية الصحية الأساسية
 - (7) طبقاً لمقتضيات الفصل 3 من المرسوم رقم 02-05-734 الصادر في 11 جمادى الثانية 1426 الموافق لـ 18 يوليوز 2005 المنطبق بالحد الأدنى للراتب الذي يطبق عليه نسبة الاشتراكات الواجبة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بمرسوم تضمن التامين الإجباري الأساسي عن المرض.
 - (8) طبقاً لمقتضيات الفصل 114 للقانون 65-00 بمثابة مدونة للتغطية الصحية الأساسية و الذي يتعلق بالمعاشات التي يستفيدون من التغطية الصحية الأساسية الغير المعشورة من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.
- تم معالجة المعطيات الخاصة طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المنطبق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.

للتحقق من صحة هذه الشهادة ومضمونها ، المرجو زيارة الموقع الإلكتروني : www.cnss.ma ، زاوية (خدمات عن بعد - التحقق من صحة الشهادات) و ذلك بإدخال الرقم المرجعي للشهادة ورقم التسجيل أو الاتصال بمركز الاتصال أو المسمان على الأرقام

0802033333/0802007200

Réf. : 310-2-48 Indice de révision : 02_28 05 2020

الموقع الإلكتروني
Adresse électronique

توقيع

الموقع

توقيع

الموقع

الموقع

CASABLANCA, Le 17/01/2022

Attestation

Référence : 170122015315839061

Nous soussignés, CAISSE INTERPROFESSIONNELLE MAROCAINE DE RETRAITE, attestons par la présente que Mme NEE:QANDIL FATIMA, allocataire n° 57115 est bénéficiaire d'une pension de retraite CIMR d'un montant brut mensuel de : 842,31 dhs.

Délivrée pour servir et valoir ce que de droit

AIT BOUTALEB Rabab