

133589

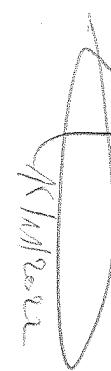
Code : PR6PR02
Version : 01
Date : 25-06-2022

Entité A et Solidarité

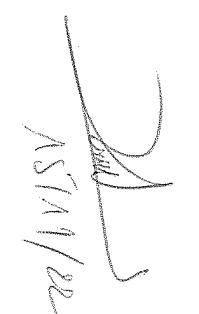
Demande Aide sociale

Nom et Prénom	Mile	Objet de Demande	Total pensions	Date	Avis Commission
KABILY 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

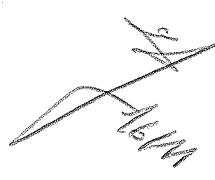
A.Sociale



Directeur



Trésorier



Président



Cotise et déclenche



MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger

Je soussigne : *QANDIL FATIMA*
 Titulaire de la CIN : *B 60 1 389*
 Matricule : *00406*
 Adresse domicile : *Cte Habrouche Rue 27 N°108 Casab.*
 Bénéficiaire :
 Téléphone : *06 97 67 86 07*
 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 :

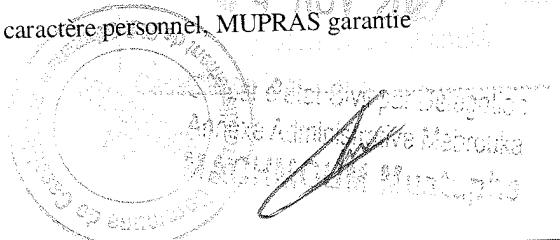
16/08/2022

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 garantie la confidentialité des informations communiquées par ses bénéficiaires.



Formulaire d'Enquête sociale

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

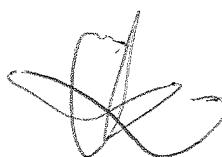
DECLARATION SUR L'HONNEUR

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.

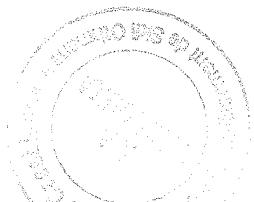
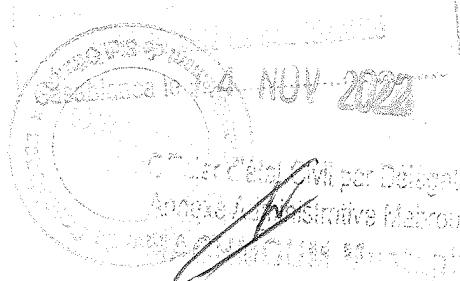
Fait à _____, le _____
SIGNATURE



Signature de la personne déclarante

FATIMA QANDIL

B601389



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		
Revenues 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 :

	<p style="text-align: center;">شهادة الاستفادة من معاش Attestation de bénéfice d'une pension</p>	<p style="text-align: center;">قطب التغطيات Pôle Prestations مديرية التغطيات العائلية والاجتماعية Direction des Prestations Familiales et Sociales</p>																														
<p>شهادة رقم: B20210000054504</p> <p>يشهد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (1) أن:</p> <p>السيدة (2): QANDIL FATIMA</p> <p>الحامل (3) للبطاقة الوطنية للتعريف رقم (2): B601389</p> <p>المسجل (4) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تحت رقم: 192216028</p> <p>(ت) يتقاضى معاش (3): Pension de survivant</p> <p>ابتداء من: 01/11/2020</p> <p>قرة و تلصيشه كالتالي (ب捺د هم):</p>																																
<p>Dont le montant est détaillé comme suit (en Dirham):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Mensuel</th> <th>الشهري</th> <th>Trimestriel</th> <th>الトリ</th> <th>Annuel (4)</th> <th>الستوي</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Montant Brut</td> <td>894.4</td> <td>2683.2</td> <td></td> <td>10732.8</td> <td>الناتج الخام</td> </tr> <tr> <td>Prélèvement des cotisations AMO</td> <td>40.42</td> <td>121.26</td> <td></td> <td>485.04</td> <td>الناتج الخام إشتراكات التسمين الاجتماعي عن المعاش</td> </tr> <tr> <td>Prélèvement de l'IR</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> <td>الناتج الخام الضريبية عن المعاش</td> </tr> <tr> <td>Montant Net</td> <td>853.98</td> <td>2561.94</td> <td></td> <td>10247.76</td> <td>المبلغ الصافي</td> </tr> </tbody> </table>			Mensuel	الشهري	Trimestriel	الトリ	Annuel (4)	الستوي	Montant Brut	894.4	2683.2		10732.8	الناتج الخام	Prélèvement des cotisations AMO	40.42	121.26		485.04	الناتج الخام إشتراكات التسمين الاجتماعي عن المعاش	Prélèvement de l'IR	0	0		0	الناتج الخام الضريبية عن المعاش	Montant Net	853.98	2561.94		10247.76	المبلغ الصافي
Mensuel	الشهري	Trimestriel	الトリ	Annuel (4)	الستوي																											
Montant Brut	894.4	2683.2		10732.8	الناتج الخام																											
Prélèvement des cotisations AMO	40.42	121.26		485.04	الناتج الخام إشتراكات التسمين الاجتماعي عن المعاش																											
Prélèvement de l'IR	0	0		0	الناتج الخام الضريبية عن المعاش																											
Montant Net	853.98	2561.94		10247.76	المبلغ الصافي																											
<p>Est couvert(e) de l'assurance maladie obligatoire de base (5):</p> <p>La présente attestation, est délivrée à l'intéressé(e) sur sa demande pour servir et valoir ce que de droit.</p> <p>"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"</p> <p>وقد سلمت هذه الشهادة، المضمن (5) بالأمر يناد على عليه (ها) قصد الإذابة بها عند الاستفهام.</p> <p>مع جميع التحفظات المتعلقة بالخطأ أو النسيان أو الاستهلاك من تغطيات بدون حق أو التحفظات التي يمكن إيجازها لاحظ في إطار عمليات المراجعة أو المرأة التي تقوم بها مصلحة الضمان الاجتماعي وفقاً للقوانين والمساطر المعروفة بها."</p>																																
<p>Attestation émise par : شهادة سلمت من طرف : Signature et cachet</p> <p>Le : 15-01-2021 في :</p> <p></p> <p>توقيع و ختم</p>																																
<p>(1) Ou son représentant. (2) Ou N° Carte Résidence (3) Type de pension conformément aux dispositions du Dahir n° 1.72.184 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>للتتحقق من صحة هذه التأشيرات متصفحنا، المزود بوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية www.cnss.ma، زاوية (تحقق من صحة التأشيرات) - التأكد من صحة التأشيرات) و ذلك بدخل الرقم التأميني ورقم التسجيل أو الاتصال بمركز الاتصال للضمان على الأرقام 0802033333/ 0802007200</p>																																

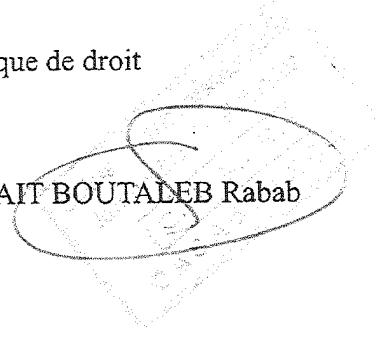
CASABLANCA, Le 17/01/2022

Attestation

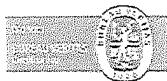
Référence : 170122015315839061

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



Siège social

100, boulevard Abdelmoumen - 20340 Casablanca
Tél : 05 22 424 888
www.cimr.ma - www.cimrpro.ma

المقر الاجتماعي

100, شارع عبد المؤمن 20340 الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 424 888
www.cimr.ma - www.cimrpro.ma