



المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC
KINGDOM OF MOROCCO

طلب التسجيل في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك

Région	.....	جهة
Préfecture ou Province	.....	عمالة أو إقليم
Pachalik, Annexe administrative ou Caidat	.....	باشوية أو ملحقة إدارية أو قيادة

1- Informations sur le demandeur

1 - معلومات حول صاحب (ة) الطلب

Identifiant Digital Civil et Social	.....	المعرف الرقمي المدني والاجتماعي
Prénom	.....	الاسم الشخصي
Nom	.....	الاسم العائلي
Femme <input type="checkbox"/> أنثى | Homme <input type="checkbox"/> ذكر	Date de naissance	تاريخ الإزدياد

Nombre total des membres inscrits dans cette demande

العدد الإجمالي للأفراد المسجلين في هذا الطلب

2- Informations sur le conjoint

2 - معلومات حول الزوج (ة)

Identifiant Digital Civil et Social	.....	المعرف الرقمي المدني والاجتماعي
Prénom	.....	الاسم الشخصي
Nom	.....	الاسم العائلي
Femme <input type="checkbox"/> أنثى | Homme <input type="checkbox"/> ذكر	Date de naissance	تاريخ الإزدياد

3- Liste des enfants pris en charge

3 - لائحة الأولاد المتكفل بهم

Prénom	Nom	الجنس Genre	تاريخ الإزدياد Date de naissance	الاسم العائلي	الاسم الشخصي	المعرف الرقمي المدني والاجتماعي Identifiant Digital Civil et Social
		<input type="radio"/> Femme/نثى <input type="radio"/> Homme/نكر	.....			.....
		<input type="radio"/> Femme/نثى <input type="radio"/> Homme/نكر	.....			.....
		<input type="radio"/> Femme/نثى <input type="radio"/> Homme/نكر	.....			.....
		<input type="radio"/> Femme/نثى <input type="radio"/> Homme/نكر	.....			.....
		<input type="radio"/> Femme/نثى <input type="radio"/> Homme/نكر	.....			.....
		<input type="radio"/> Femme/نثى <input type="radio"/> Homme/نكر	.....			.....
		<input type="radio"/> Femme/نثى <input type="radio"/> Homme/نكر	.....			.....
		<input type="radio"/> Femme/نثى <input type="radio"/> Homme/نكر	.....			.....

4- Déclaration sur l'honneur

4 - تصريح بالشرف

Je soussignée, Monsieur/Madame

أنا الموقع أسفله، السيد(ة)

Je déclare que je ne bénéficie d'aucun autre régime d'assurance maladie obligatoire de base et atteste de l'exactitude des données figurant dans la présente demande à la date de son dépôt.

أصرح بعدم الاستفادة من أي نظام آخر للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض و بصحة المعطيات الواردة في هذا الطلب في تاريخ إيداعه.

Signature

التوقيع