



AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

Je soussigné :

Nom :

Prénom :

N° d'immatriculation :

N° d'affiliation :

N° de pension :

Autorise la CIMR :

1. À communiquer à la CNOPS, et à chaque fois qu'elle le demande, le montant de la pension qu'elle me sert ;
2. À retenir et virer à la CNOPS un prélèvement mensuel, au taux en vigueur, représentant la cotisation due au titre du régime d'Assurance Maladie Obligatoire de base;
3. À retenir et virer à la, un prélèvement mensuel, aux taux en vigueur, représentant :
 - la cotisation due au titre du régime du secteur mutualiste (Assurance Maladie Complémentaire) ;
 - Et la cotisation due au titre de la Caisse Autonome d'Allocation Décès.
4. À retenir pour chaque prélèvement 7 dh, au titre de frais de gestion
5. En cas de suspension de ma pension, à reprendre les prélèvements en faveur de la CNOPS et à la..... dès le règlement de ma première pension après régularisation de ma situation, les sommes restant dues à CNOPS et à....., au titre des cotisations, pendant cette période devant leur être réglées directement.

J'atteste que la présente autorisation reste valable pour toute la durée du protocole d'accord entre la CIMR d'une part et la CNOPS et les mutuelles d'autre part, fixant les conditions et les modalités de prélèvements sur les pensions de retraite.

**Signature légalisée précédée
de la mention « lu et approuvé »**