

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-0029962

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10597

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAOURI ABDELEZIZ

Date de naissance : 04-05-1953

Adresse : 48, RUE LAGARE LOT LAADIRI

BERRECHID

Tél. 0678519383

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

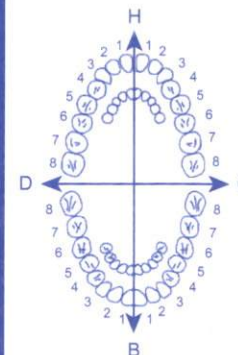
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les *ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés .

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable.

La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام :
Date de dépôt du dossier:	Date d'arrivée:

<p>الضمان الاجتماعي C N S S Le devoir de vous protéger</p>	<p>Feuille de Soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-02 Réf. - 610-1-02</p> <p>Ref: ANAM : 129</p>
--	---	---

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ASMAA SAOUDI	الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 199385710	رقم التسجيل :
N° CIN : B.E.54694	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Adresse : 48, RUE LAGARE LOT LAATTIRI BERRECHID	العنوان :
Montant des frais : 1007,30 Dhs	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 06	عدد الوثائق المرفقة :

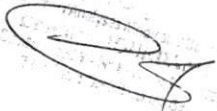
Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :		الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :		تاريخ الميلاد :
N° CIN :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		الجنس : * <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدالي والرقم المضمّن **
<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>	

Type de soins *	نوع العلاجات *
Hospitalisation <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Maladie	مرض <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/>

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à :</p> <p>Le :</p> <p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : 09/08/2023</p> <p>Le :</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
---	---

* Cocher la mention utile pour chaque case
** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

[illegible][illegible]

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé, cotation NGAP / NABM	المبلغ المفقوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
16/08/23	B 670 + P		69084			
INPE et code à Barres INPE : 000000000 TEL: 002460927000071 IF : 39483570						
INPE et code à Barres _____						

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Dr. Siham EDDEGHAI

SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO

ENTEROLOGIE

Ancien Medecin des CHU Ibn Rochd à Casablanca
et Mohamed VI à Marrakech

Endoscopie digestive

Echographie abdominale

Proctologie médicale et chirurgicale

Membre de L'AFEF

et SNFGE



الدكتورة سهام الدغاي
أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

طبيبة سابقة بالمستشفيات الجامعية ابن رشد بالدار البيضاء

ومحمد السادس بمراكش

الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

أمراض المخرج واليواسير

عضو الجمعية الفرنسية

للأمراض الجهاز الهضمي

Date : 23/08/23

M. Samuli Asmaa

- NFS, Ep, hémoc.

- dosage quantitatif du sang
du 13 sub par nitro
immédiat

- TG, Chb

- ASAT - AMAT

Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
183, Bd Mohammed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

Dr. Siham EDDEGHAI
SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO ENTEROLOGIE
8, salam 1 Bd Med Zefzaf Rsd RYM 1 Appt 19
POSTE DU MAROC 1 SIDI MOUMEN-ANASSI
CASABLANCA
05 22 75 19 19 / 07 00 19 34 57

8, السلام 1, شارع محمد الزفزاف إقامة ريم 1, ش 19 الطابق 3, (قرب بريد المغرب حي أناسي) - سيدي مومن - الدار البيضاء

المجمع الطبي أناسي

8, salam 1, Bd Med Zefzaf, Rsd RYM 1, Appt 19, Etg 3 (POSTE DU MAROC ANASSI) Sidi Moumen

E-mail : dreddeghaibinet@gmail.com - Tél : 05 22 75 19 19 / 07.00 19 34 57

Complexe Médicale Anassi

MEZOR® 40mg

Esoméprazole (DCI)

14 gélules



6 118000 340324

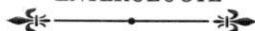
Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22 Bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 012.53.38.05



Dr. Siham EDEGHAI

SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO

ENTEROLOGIE



Ancien Medecin des CHU Ibn Rochd à Casablanca

et Mohamed VI à Marrakech

Endoscopie digestive

Echographie abdominale

Proctologie médicale et chirurgicale

Membre de L'AFEF

et SNFGE



الدكتورة سهام الدغاي

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي

والكبد



طبيبة سابقة بالمستشفيات الجامعية ابن رشد بالدار البيضاء

ومحمد السادس بمراكش

الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

أمراض المخرج والبواسير

عضو الجمعية الفرنسية

للأمراض الجهاز الهضمي

Date : 15/08/23

122,80

Mu Saoudi

Amas

① Ngor gul wany



28 1/2 small 1/2 rug

99,50



Lambourb Coligat

95,00



Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohammed V - BERRECHID
Casablanca 022 53 35 05

28 1/2

317,30

Dr. Siham EDEGHAI
SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO ENTEROLOGIE
Calam 1 Bd Med Zefzaf, Rsd RYM 1 Appt 19
POSTE DU MAROC / SIDI MOUMEN-ANASSI
CASABLANCA
Tél : 05 22 75 19 19 / 07 00 19 34 57

8, السلام 1, شارع محمد الزفزاف إقامة ريم 1, ش 19 الدابق 3, (قرب بريد المغرب حي أناسي) - سيدي مومن - الدار البيضاء

المجمع الطبي أناسي

8, salam 1, Bd Med Zefzaf, Rsd RYM 1, Appt 19, Etg 3 (POSTE DU MAROC ANASSI) Sidi Moumen

E-mail : dreddeghaibinet@gmail.com - Tél : 05 22 75 19 19 / 07 00 19 34 57

Complexe Médicale Anassi



مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

مختبر التحليلات الطبية برشيد Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

Date du prélèvement : 16-08-2023 à 09:08

Code patient : 20211013003

Né(e) le : 27-01-1960 (63 ans)

Mme SAOUDI Asmaa

Dossier N° : 20230816007

Prescripteur : Dr EDDEGHAI SIHAM



HEMATOCYTOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, cytométrie en flux, variation d'impédance)

Les valeurs de référence sont établies en fonction de l'âge et du sexe.

13-10-2021

GLOBULES ROUGES (Erythrocytes)		4.31	M/ μ l	(3.80-5.90)	4.80
Hémoglobine		11.8	g/dL	(11.5-17.5)	11.8
Hématocrite		36.3	%	(34.0-53.0)	36.8
VGM (Volume globulaire moyen)		84.4	fL	(76.0-96.0)	76.5
TCMH		27.5	pg	(24.0-34.0)	24.5
CCMH		32.6	g/dL	(31.0-36.0)	32.0
GLOBULES BLANCS (Leucocytes)	7 330/mm ³			(3 800-11 000)	6 780
1-Polynucléaires	62.3%	Soit	4 567/mm ³	(1 400-7 700)	4 027
Neutrophiles					
2-Polynucléaires	2.6%	Soit	191/mm ³	(20-580)	115
Eosinophiles					
3-Polynucléaires Basophiles	0.5%	Soit	37/mm ³	(0-110)	34
4-Lymphocytes	29.1%	Soit	2 133/mm ³	(1 000-4 800)	2 244
5-Monocytes	5.5%	Soit	403/mm ³	(150-1 000)	359
PLAQUETTES	295 000/mm ³			(150 000-445 000)	288 000
				(-)	
VPM		11	fL	(2-13)	10
Commentaire sur l'hémogramme:	Numération formule sanguine normale.				

BIOCHIMIE SANGUINE

Aspect du sérum

Clair

Cholestérol total

(Dosage colorimétrique enzymatique)

1.53 g/L (<2.00)

3.95 mmol/L (<5.16)

1.60

مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
N° 1 - Etage I - Berrechid
Page 1 / 3



مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

مختبر التحليلات الطبية برشيد Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

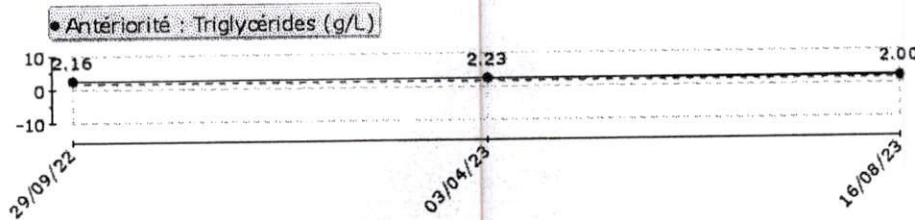
20230816007 - Mme Asmaa SAOUDI

03-04-2023

Triglycérides
(Dosage colorimétrique enzymatique)

2.00 g/L (<1.50)
2.28 mmol/L (<1.71)

2.23



03-04-2023

Transaminases GPT (ALAT)
(Technique cinétique (IFCC))

23.5 UI/L (0.0-34.0)

20.6

03-04-2023

Transaminases GOT (ASAT)
(Technique cinétique (IFCC))

18.1 UI/L (0.0-31.0)

15.4

Conclusion: Transaminases normales.

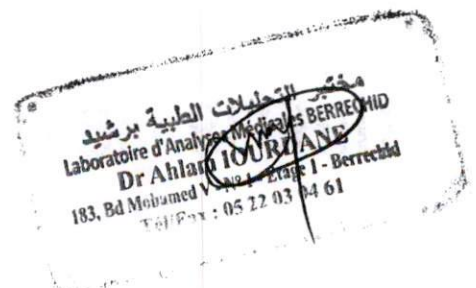
BIOCHIMIE SPECIALISEE

13-10-2021

Ferritine
(Technique Chimiluminescence)
Les résultats sont établis en fonction de l'âge et du sexe.

17.30 ng/mL (20.00-250.00)

13.51





مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

مختبر التحليلات الطبية برشيد Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

20230816007 - Mme Asmaa SAOUDI

BACTERIOLOGIE-PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE-VIROLOGIE

DOSAGE DE SANG DANS LES SELLES

(Technique Immuno-Chromatographique quantitative)

Prélèvement effectué

Dosage quantitatif

(Technique immuno-chromatographique quantitative)

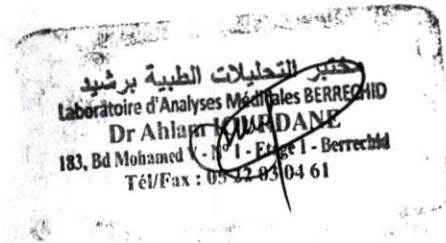
A domicile

51.0 ng/mL d'Hb (<100.0)

Interprétation :

< 100 ng/ml	Négatif
100 - 200 ng/ml	Faiblement positif
> 200 ng/ml	Positif

Validé par : Dr IOURDANE AHLAM



INPE : 063063499

FACTURE N° : 1230800101

BERRECHID le 16-08-2023

Mme SAOUDI Asmaa

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Coefficient	Clé
Forfait traitement échantillon sanguin	20	E20
Triglycérides	60	B60
Numération formule	80	B80
Transaminases P (TGP)	50	B50
Transaminases O (TGO)	50	B50
Ferritine	250	B250
Cholestérol total	30	B30
Recherche de sang dans les selles	150	B150

Total des B : 670

TOTAL DOSSIER : 690.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent quatre-vingt-dix dirhams .

Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
N° 1 - Etage 1 - Berrechid
Tél / Fax : 05 22 03 04 61

INPE : 063063499
ICE:002400927000071
IF : 39483570



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب
Le : 19/09/2023 : بتاريخ

الصفحة Page 1 / 1

N° d'immatriculation 199385710 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 19/09/2023 : إلى
au : 19/09/2023 : إلى

المُرسل إليه Destinataire

SAOUDI ASMAA

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembours- ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
SAOUDI ASMAA											
136278448	15/08/2023	B	LABORATOIRES D	690,00	737,00	670,00	1,00	737,00	70,00	19/09/2023	483,00
136278448	15/08/2023	PH	ANALYSES PHARMACIES D OFFICINES	317,30	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	19/09/2023	85,96
			Total remboursé	مجموع مبلغ التعويض							568,96
			Total général remboursé	مبلغ التعويض الاجمالي							568,96

- Sauf erreur ou omission

- ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile

ou appeler notre serveur vocal au numéro

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام