

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

Déclaration de Maladie

M23-0015050

19/02/2024

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2411 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : A. EL KHOUHE Ouardia
Date de naissance : 15/01/1980
Adresse : Hs la vie
Tél. : 066416030 Total des frais engagés : 2223,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : ARRAS Nouveline 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 : 19 FEB 2024
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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/02/2024

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

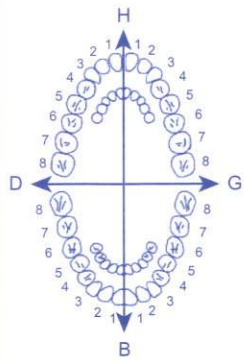
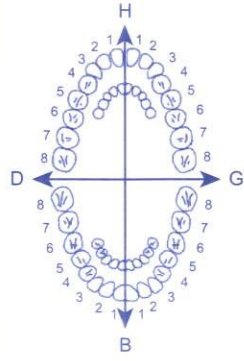
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

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 un 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.

تعليمات يجب إتباعها

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 الإثباتية 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 والأمراض 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 وكل ما سبق ذكره.

 Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. ANAM : 1.2.02.01
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution	مرجع رقم 610-1-03	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **ARRAS Nouredine**

رقم التسجيل : **1733538112**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **31382161**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : **RES FATIM ZAHRAH Angl 07AR EL KHYAM RUE ROSER HAYRAHA BOUSJOUR CASA**

مبلغ المصاريف : **2223,00** Dhs.

عدد الوثائق المرفقة : **11**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الميلاد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : ☐ أنثى ☐ ذكر ☐ M ☐ F

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--------------------------------------------

Type de soins

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن * : ☐ Non ☐ oui

رقم ملف المرض المزمن :

رمز المرض المزمن : ☐ Hospitalisation* ☐ استشفاء*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Fait à : 22 01 2024 Le : 22 01 2024 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Fait à : 22 01 2024 Le : 22 01 2024 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

دار المؤمن - ساحة دكاك - ب.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

0661454998

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

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin	
22/11/24	C	ECG	300,00 DH		
INPE et code à Barres					
NPE et code à Barres					

CIM - 10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
NPE et code à Barres						
NPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

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 المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
22-1-24	1923,00	
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



إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION



Ref: 610-2-102 مرجع رقم :

Code agence : 701399 رمز الوكالة :



Numéro dossier

رقم الملف

148744542

Informations sur l'assuré

Nom et prénom ARRAS NOUREDDINE
N° d'immatriculation 173353212
Nom et prénom du bénéficiaire ARRAS NOUREDDINE

الاسم العائلي والشخصي

رقم التسجيل

الاسم العائلي والشخصي للمستفيد

Informations sur le dossier

Type dossier DOSSIER DE REMBOURSEMENT
Date/heure de dépôt 26/01/2024 10:23
Date de soin 2024-01-22
Montant des frais de soins 2223 DHS

معلومات عن الملف

نوع الملف

تاريخ وقت الأيداع

تاريخ العلاج

مبلغ تكاليف العلاج

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS pour traitement.

سيدتي، سيدي،

لقد توصلنا بمعلوماتكم ونفيدكم بأنه سيتم إحالتكم على مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من أجل معالجته.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS), la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture. Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021

Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :

- Adresser votre demande à la boîte email : reclamation.pden@cnss.ma ;
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télé-conseillers du Centre d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

في إطار تعميم التغطية الاجتماعية و الصحية لفائدة العمال غير الأجراء بقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بجمع معلوماتكم الشخصية اللازمة لتتمكن من الاستفادة من هذه التغطية معاملة معلوماتكم كانت موضوع مؤات من قبل اللجنة الوطنية لدراسة حماية المعلومات ذات الطابع الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021 يمكن أن ترسل معلوماتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تتنوع إليها وإلى الإدارات و الشركاء وفقاً لطلب الترخيص سلف الذكر.

لممارسة حقوقكم في الولوج و التصحيح و التعرض، وفقاً لتعليمات القانون 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم إلى البريد الإلكتروني reclamation.pden@cnss.ma أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "ألو دمان" التابع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الأرقام التالية: 0802033333 أو 0802007200

للتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعلومات ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الاطلاع على الدليل العملي لممارسة الحقوق فيما يتعلق بحماية المعلومات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على مستوى الموقع الإلكتروني www.macnss.ma

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site www.macnss.ma

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier :

- Veuillez visiter notre site Web
- ou le portail des assurés
- ou l'application mobile
- ou contacter notre centre d'appel aux numéros

www.cnss.ma

www.macnss.ma

Ma.CNSS

05 20 19 40 40

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

	Code agence	701399	Date/heure de dépôt dossier	26/01/2024 10:23	تاريخ وقت الأيداع
	Signature du déposant	توقيع مودع	Numéro d'opération partenaire	633489333	رقم العملية
	المف		Statut dossier	RECEPTION	وضعية الملف
			Numéro dossier		رقم الملف

148744542

148744542

Ref: 610-2-102

Name: ARRAS
NOUREDDINE

Cli No.:

Sex: Male

Age:

SN:0016681

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

Date:22/01/2024 07:56:16



Frequency:	1000Hz	QT Interval:	426ms
Sample Time:	198s	QTc Interval:	494ms
HR:	81bpm	P Axis:	56.40°
P Interval:	122ms	QRS Axis:	107.30°
QRS Interval:	143ms	T Axis:	44.70°
T Interval:	250ms	RV5/SV1	1.44/0.25mV
PR Interval:	166ms	RV5+SV1	1.69mV

Prompt:

Total Beats 265 ,Normal Beats 201 ,SVE 39 ,VE 25 .
in gear Sinus mode Target rate;Longitudinal Right axis deviation,Completeness Right Bundle branch block;

Dr. HADADI Abdelaziz
Cardiologue
282 Avenue Mokhtar B. Ahmed Guernao
Etage 1, Al Oudys, Sdr Bernoussi
Casablanca - Tel: 05 22 74 81 40

Doctor: HADADI

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
6 118001 082018

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH
6 118001 183111

COVERAM 10mg/10mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés
6 118001 130108

COVERAM 10mg/10mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés
6 118001 130108

COVERAM 10mg/10mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés
6 118001 130108

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH
6 118001 183111

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH
6 118001 183111

Docteur Abdelaziz HADADI

CARDIOLOGUE

Consultations et Explorations

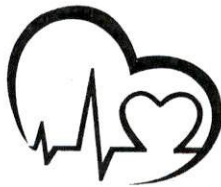
Cardio-Vasculaires

- Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

- Ancien médecin interne du CHU de Nancy, France.

- Diplôme Interuniversitaire d'Echocardiographie de l'Université de Bordeaux Segalen, France.

- Diplôme Universitaire d'Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Sorbonne, Paris.



الدكتور عبدالعزيز الحدادي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي بنانسي فرنسا

- دبلوم جامعي في تخطيط صدى القلب من جامعة بوردو

سيفالين بفرنسا

- دبلوم جامعي للموجات فوق الصوتية الوعائية من جامعة

السوربون بباريس

Casablanca, le : 22/01/24

M. Annas Mohamedine 1'SA 0.00 2

Cephradix 75/100

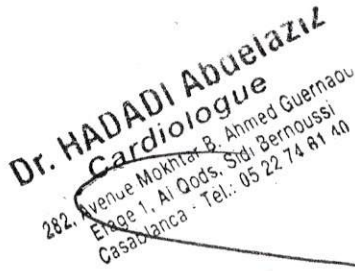
1'S 0.00 3
Hemopar - 200 75/100 1/1 matin

1'S 0.00 3
Crestor 20 1/1 soir


1'S 2054.00 3
Coveram 10/10 1/1 matin

tu de 3 mois

1923.00



282 Avenue Mokhtar B. Ahmed Guernaoui 1^{er} Etage - Al Qods Sidi Bernoussi-Casablanca
Tél : 05 22 74 61 40 - Urgences : 06 71 96 89 37 - E-mail : hadadi.abdelaziz@gmail.com

 الشبان الإجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06
	Emis à : CASABLANCA Le : 02/02/2024	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 173353212 Règlements de la période du : 02/02/2024 : من au : 02/02/2024 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire ARRAS NOUREDDINE المرسل إليه	

Veuillez 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 استفدت 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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE											
148744542	22/01/2024	CSC	CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	81,00	02/02/2024	202,50
148744542	22/01/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES	1923,00	0,00	1,00	8,00	0,00	0,00	02/02/2024	1146,39
Total remboursé			مجموع مبلغ التعويض								1348,89
Total général remboursé			مبلغ التعويض الاجمالي								1348,89

- 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

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
 « Ma CNSS »

للمزيد من المعلومات:
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
 أو تطبيق الهاتف