

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

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



Déclaration de Maladie

M23-012954

COMPLIMENTS

199251

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10597 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NAOURI ABDELMEJID
Date de naissance : 04-05-1953
Adresse : 48, RUE LA GARE 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) :

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

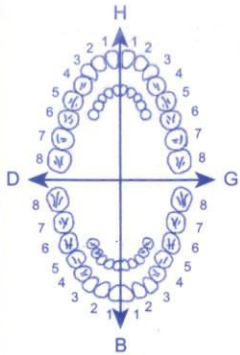
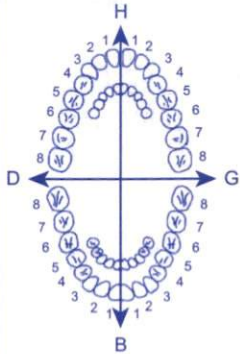
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

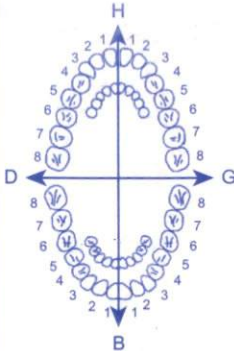
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

is à suivre

ne feuille de soins par personne et par it.
e de soins doit être accompagnée de les pièces justificatives originales nces médicales, factures, ...).

et prénom de la personne soignée tre portés par les praticiens eux mêmes ie feuille de soins.

onnances transmises doivent être gnées des codes à barres des ents achetés .

le de soins ainsi que les pièces vés doivent être présentées à la CNSS deux mois qui suivent le premier acte sauf s'il y a traitement médical continu. ernier cas, le dossier doit être présenté oixante (60) jours qui suivent la fin du it.

boursement des frais engagés sera ur la base de la tarification nationale de

prestations ne peuvent donner lieu au ement que suite à accord préalable. e ces dernières est disponible auprès de eau CNSS.

ues liés aux accidents du travail et professionnelles ne sont pas couverts.

sonne coupable de fraude ou de fausse on pour obtenir des prestations qui ne dues, est passible des sanctions légales entaires.

ion de remboursement prise par la subordonnée au respect des conditions taires et de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	

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 المستترة.

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.

سينتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفات الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطل 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.

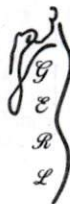
حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره

TEL 0661 335124

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-02 مرجع رقم	Ref: ANAM : 1201/01
* موافقة مسبقة Entente préalable *		* تنفيذ Exécution *	
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)			
Nom et prénom : SAOUDI ASMAA الاسم العائلي والشخصي :			
N° Immatriculation : 1993857101 رقم التسجيل :			
N° CIN : B1E 546914 رقم بطاقة التعريف الوطنية :			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج ابن <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>			
Adresse : 48, RUE LA GARE LOI LAAMIRI BERRECH, D العنوان :			
Montant des frais : 1820,8 Dhs مبلغ المصاريف : 08 عدد الوثائق المرفقة :			
Nombre de pièces jointes : Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج			
Bénéficiaire de soins Saoudi ASmaa المستفيد من العلاجات			
Nom et prénom : Saoudi ASmaa الاسم العائلي والشخصي :			
Date de naissance : تاريخ الميلاد :			
N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :			
Sexe : * M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى الجنس :			
INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المسمى			
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins* نوع العلاجات			
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثة Maladie <input type="checkbox"/> مرض			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Le : شاهد بصحة كل ما ذكر أعلاه ب : في : توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Le : أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه ب : في : توقيع وطابع الطبيب المعالج والمؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

- Cocher la mention utile pour chaque case

الخطوة التالية المناسبة



Docteur Fatima Zohra Niane

الدكتورة فاطمة الزهراء نيان

Gynécologue - Obstétricien

Chirurgie Gynécologique, Mammaire et Coelioscopie.

Gynécologie Esthétique et Reconstructrice du Plancher Pelvien.

Laser Gynécologique.

02/01/2024

MME SAOUDI ASMAA EP NAOURI

- Mammographie
- Echographie Mammaire

SECTEUR DE RADIOLOGIE LA RESISTANCE
INPE 060065653
IMPRIMERIE - 107 AL YOUSSEF II RDC - MAG N° 18 ET N° 19 BERRECHIDJ
Tél: 00212 (0)522 03 05 06

Dr. Fatima Zohra Niane
Gynécologue - Accoucheur
35, Avenue 2 Mars - Résidence Lalla Habiba - Casablanca
INPE - 091115683

35, Avenue 2 Mars, Résidence Lalla Habiba - Casablanca. Tél : Rdv ☎ 05 22 26 52 35 / 05 22 48 64 21

Analyses et Questions Watsup : 📱 06 16 93 46 89 - ✉ nianefatima@gmail.com

Urgences : CLINIQUE LES CRETES - 528 Bd, Panoramique - ☎ 05 22 21 20 40

Dr. KABIR EL MEHDI
د. كير المهيدي
Médecin Radiologue
أخصائي في الفحص بالأشعة

مركز الفحص بالأشعة المقاومة
Centre de Radiologie la Résistance

Dr. ARBOUNI HIND
د. عربوني هند
Médecin Radiologue
أخصائية في الفحص بالأشعة

IRM 1.5 Tesla - Scanner Multibarette - Radiologie Conventiennelle - Echographie - Echodoppler
Mammographie - Panoramique Dentaire - Ostéodensitométrie - Opacifications

Berrechid , le 08/01/2024

PATIENT : SAUDI ASMAA
MEDECIN TRAITANT : DR. FATIMA ZOHRA NIANE
EXAMEN(S) REALISE(S) : MAMMOGRAPHIE BILATERALE + ECHOGRAPHIE MAMMAIRE
Résultats :

- Seins partiellement radio transparents, densité type B.
- Absence de surcroît d'opacité nodulaire circonscrite d'allure suspecte.
- Absence d'image stellaire ou de zone de désorganisation architecturale d'allure suspecte décelable.
- Présence de macro calcifications à centre clair au niveau du sein gauche, une au niveau du quadrant inféro-interne et l'autre au niveau du quadrant inféro-externe.
- Absence de micro- calcifications groupées décelables.
- Transparence normale des plans graisseux superficiels et profonds.
- Absence d'adénomégalie au niveau des prolongements axillaires.
- Opacités réniformes des deux prolongements axillaires d'allure ganglionnaire.
- Un contrôle échographique réalisé dans les suites de l'examen retrouve :
 - Présence au niveau du quadrant supéro-externe du sein droit, d'une formation ovale, bien limitée, à grand axe parallèle à la peau, à contenu finement échogène, non vascularisée au doppler couleur, ne rompant pas les travées glandulaires, sans atténuation postérieure, mesurant : 11.9x 4 mm.
 - Absence de lésion mammaire d'allure suspecte au niveau des deux seins.
 - Absence d'adénopathie axillaire de taille significative, en dehors de quelques ganglions axillaires de taille infra centimétrique et d'architecture conservée.

Conclusion :

- Aspect d'un kyste mammaire du quadrant supéro-externe du sein droit, d'allure remaniée.
- Macro calcifications du sein gauche d'allure dystrophique.
- Absence de lésion mammaire d'allure suspecte en bilatéral.
- Examen classé BIRADS 3 de l'ACR à droite et BIRADS 2 de l'ACR à gauche.

Confraternellement
Signé : Dr. KABIR EL MEHDI
Docteur Radiologue
INPE : 061321212

CLASSIFICATION BI-RADS (American college of Radiology) (ACR) Proposée par L'ANAES

ACR 0 : Classification d'attente. Des investigations complémentaires sont nécessaires.

ACR 1 : Mammographie normale.

ACR 2 : Il existe des anomalies bénignes.

ACR 3 : Il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée (3 à 6 mois).

ACR 4 : Anomalie indécise ou suspecte qui indique une vérification histologique.

ACR 5 : Anomalie évocatrice d'une tumeur maligne.

INPE : Pour visualiser les images en scannant le QR ci joint,

INPE 08006653
Lot AL YOUSSEF II Rez de chaussée Magazins N°18 et N°19 Avenue la Résistance, Berrechid
07 12 11 577 02 05 06



IRM 1.5 Tesla - Scanner Multibarette - Radiologie Conventionnelle - Echographie - Echodoppler
Mammographie - Panoramique Dentaire - Ostéodensitométrie - Opacifications

Berrechid, le 08/01/2024

FACTURE N°105/2024

NOM & PRENOM: SAOUDI ASMAA

EXAMEN	MONTANT
ECHO +mammographie	700 DH
TOTAL	700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :SEPT CENTS DH TTC



Lot AL YOUSSEF II Rez de chaussée Magasins N° 18 et N° 19 Avenue la
Résistance, Berrechid www.cirr.ma Tél : 05 22 02 03 05
E-mail: radiologielaresistance@gmail.com



Docteur Fatima Zohra Niane
الدكتورة فاطمة الزهراء نيان

Gynécologue - Obstétricien

Chirurgie Gynécologique, Mammaire et Coelioscopie.

Gynécologie Esthétique et Reconstructrice du Plancher Pelvien.

Laser Gynécologique.

02/01/2024

MME SAOUDI ASMAA EP NAOURI

• ECBU

مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BRERCHID
Dr Abla JOURDANE
Rd. Bd Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

Dr. Niane Fatima Zahra
Gynécologue - Acquicheteur
35 Avenue 2 Mars - Casablanca
Tél : 05 22 26 52 35 - 05 22 48 64 21
Fax : 05 22 21 20 40

35, Avenue 2 Mars, Résidence Lalla Habiba - Casablanca. Tél : Rdv 05 22 26 52 35 / 05 22 48 64 21

Analyses et Questions Whatsup : 06 16 93 46 89 - nianefatima@gmail.com

Urgences : CLINIQUE LES CRETES - 528 Bd. Panoramique - 05 22 21 20 40

Date du prélèvement : 06-01-2024 à 09:03

Code patient : 20211013003

Né(e) le : 27-01-1960 (63 ans)

Mme SAOUDI Asmaa

Dossier N° : 20240106002

Prescripteur : Dr NIANE FATIMA ZAHRA



BACTERIOLOGIE-PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE-VIROLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Recueil
Date du prélèvement
Aspect
Culot

2ème jet
06/01/2024
CLAIR
Faible

Examen chimique (recherche)

pH (potentiel hydrogène)
Sang
Nitrites
Albuminurie
Glycosurie
Acétone

7.5
Recherche négative
Recherche négative
Recherche négative
Recherche négative
Recherche négative

Examen microscopique

Leucocytes
Hématies
Levures
Cylindres
Cristaux
Cellules épithéliales
Trichomonas

1 000 / mL (0-10 000)
1 000 / mL (0-5 000)

Absence
Absence
Absence
Absence
Absence

Examen bactériologique

Examen direct
Cultures

Absence de germes
Cultures stériles



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

INPE : 063063499

FACTURE N° : 1240100077

BERRECHID le 06-01-2024

Mme SAOUDI Asmaa

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Coefficient	Clé
Cytologie, culture, identification	90	B90
Antibiogramme	60	B60

Total des B : 150

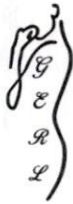
TOTAL DOSSIER : 200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams .

INPE : 063063499
ICE:002400927000071
IF : 39483570

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

183, Boulevard Mohamed V - N° 1 - 1er Etage - Berrechid - Tél / Fax : 05 22 03 04 61 - Email : labo.berrechid@gmail.com
I.F : 39483570 - Patente : 40701406 - ICE : 002400927000071



Docteur Fatima Zohra Niane
الدكتورة فاطمة الزهراء نيان

Gynécologue - Obstétricien

Chirurgie Gynécologique, Mammaire et Coelioscopie.

Gynécologie Esthétique et Reconstructrice du Plancher Pelvien.
Laser Gynécologique.

12/01/2024

MME SAOUDI ASMAA EP NAOURI

168.00 x 4

- Veca 5 mg - comprimé pelliculé
- 1 Comprimé, matin, soir, pendant 2 mois

T= 432.00

PHARMACIE 2000
Dr. KADRI LALLA ZINEB
22 Bd Mohamed V (près de la Mosquée Ouboud)
Tél: 05 22 53 36 05 / 05 22 53 53 50
Inauguration : Pharmacie 2000

Dr. Niane Fatima Zahra
Gynécologue - Accoucheur
35 Avenue 2 Mars - 20490 Casablanca
Tél: 05 22 26 52 35 / 05 22 48 64 21



35, Avenue 2 Mars, Résidence Lalla Habiba - Casablanca. Tél : Rdv ☎ 05 22 26 52 35 / 05 22 48 64 21
Analyses et Questions Watsup : ☎ 06 16 93 46 89 - ✉ nianefatima@gmail.com
Urgences : CLINIQUE LES CRETES - 528 Bd, Panoramique - ☎ 05 22 21 20 40



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 : 16/02/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 199385710 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 16/02/2024 : إلى
au : 16/02/2024 : إلى

Destinataire المرسل إليه
SAOUDI ASMAA

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	مهنو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	اساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ ارسال الاداء	مبلغ التعويض
Número de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
SAOUDI ASMAA											
147398592	02/01/2024	CS	GYNECO OBSTETRIQUE	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	16/02/2024	105,00
147398592	02/01/2024	B	LABORATOIRES D	200,00	165,00	150,00	1,00	165,00	70,00	16/02/2024	115,50
147398592	02/01/2024	PH	ANALYSES PHARMACIES D	620,80	0,00	1.00	1,00	0,00	0,00	16/02/2024	69,16
147398592	02/01/2024	R493	OFFICINES Centre de Radiologie	500,00	500,00	1.00	1,00	500,00	70,00	16/02/2024	350,00
147398592	02/01/2024	ECHO	Centre de Radiologie	200,00	200,00	1.00	1,00	200,00	70,00	16/02/2024	140,00
Total remboursé											779,66
Total général remboursé											779,66

- 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 الو الضمان على الأرقام