



إشعار بالانقطاع عن العمل و طلب التعويضات اليومية
Avis d'interruption de travail et demande
d'indemnités journalières

Réf. : 312-1-16

N° Dossier

رقم الملف

Type de dossier (1)

نوعية الملف (1)

أمومة
Maternité

تمديد
Prolongation

حادث يعزى إلى الغير
Accident imputable
à un tiers (2)

مرض
Maladie (2)

Cadre à remplir par l'assuré(e)

إطار يملأ من طرف المؤمن له (ها)

N° de la CNI (3)	رقم البطاقة الوطنية للتعريف (3)	N° d'immatriculation	رقم التسجيل
Prénom	الاسم الشخصي Nom		الاسم العائلي
Adresse	العنوان		
Ville	المدينة	Quartier	الحي
Pays	البلد	Code Postal	الرمز البريدي
Téléphone portable	الهاتف النقال		

أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة
Je déclare les informations citées sincères et véritables

إمضاء المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré(e)

Cadre à remplir par l'employeur

إطار يملأ من طرف المشغل

L'employeur	المشغل
N° d'affiliation	رقم الانخراط
Assuré auprès de la compagnie d'assurance	مؤمن لدى شركة التأمين
Contre les risques AT/MP (4)	ضد أخطار حوادث الشغل و الأمراض المهنية (4)
sous police n°	تحت رقم البوليصه
Certifie que l'assuré(e) ci-dessus mentionné(e) occupe actuellement le poste de	يشهد أن المؤمن له (لها) المشار إليه (ها) أعلاه (ت) يشغل حاليا وظيفة
A interrompu effectivement son travail le	انقطع فعليا عن العمل بتاريخ
A prolongé son arrêt de travail le	مدد انقطاعه عن العمل بتاريخ

أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

إمضاء و ختم المشغل
Signature et cachet de l'Employeur

Fait à حرر في
Le بتاريخ

(1) Cocher la case correspondante

(2) Les accidents de travail et les maladies professionnelles ne sont pas couverts par le régime de la sécurité sociale

(3) Ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation)

(4) AT/MP Accident de travail, Maladie Professionnelle

(1) ضع علامة في الخانة المناسبة

(2) لا يغطي قانون الضمان الاجتماعي حوادث الشغل و الأمراض المهنية

(3) أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل)

(4) حادثة شغل أو مرض مهني

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقا لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.

Cadre à remplir par le médecin traitant		إطار يملأ من طرف الطبيب المعالج	
Diagnostic		التشخيص	
.....			
Date d'interruption du travail	_____	تاريخ الانقطاع عن العمل	_____
Date de prolongation d'arrêt du travail	_____	تاريخ تمديد الانقطاع عن العمل	_____
Nombre de jours d'arrêt ou de prolongation	En chiffre _____	عدد أيام التوقف أو التمديد	بأرقام _____
En toutes lettres _____		بالحروف _____	
En cas de Maternité		في حالة ولادة	
Date présumée de l'accouchement	_____	التاريخ المتوقع للولادة	_____
Date réelle de l'accouchement	_____	تاريخ الولادة	_____
Je soussigné médecin traitant		أنا الموقع أسفله الطبيب المعالج	

Identifiant National du Praticien	_____	الرقم الوطني الاستدالي للطبيب	_____
أصرح بصديق وصحة المعلومات المذكورة أعلاه			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables			
إمضاء وختم الطبيب			
Signature et cachet du médecin			
Fait à _____	حرر في _____		
Le _____	بتاريخ _____		

Cadre à remplir par le médecin conseil		إطار يملأ من طرف الطبيب المستشار	
Je soussigné Dr. _____		أنا الموقع أسفله الدكتور	
Médecin Conseil à l'Agence _____		طبيب مستشار بوكالة _____	
Avoir examiné Madame / Monsieur _____		فحصت السيد (ة) _____	
Décision du médecin		قرار الطبيب	
.....			
Nombre de jours accordés		_____	عدد الأيام الممنوحة
En toutes lettres _____		بالحروف _____	
A partir de _____		ابتداء من _____	
L'incapacité est elle due à		العجز ناتج عن	
Un accident de travail	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	حدث شغل
Une maladie professionnelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	مرض مهني
أصرح بصديق وصحة المعلومات المذكورة أعلاه			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables			
إمضاء وختم الطبيب			
Signature et cachet du médecin			
Fait à _____	حرر في _____		
Le _____	بتاريخ _____		

شروط الاستفادة

Conditions d'octroi	التعويضات اليومية عن المرض أو حادث
<p>Indemnités journalières de maladie ou d'accident</p> <p>Conditions d'octroi Pour acquérir le droit à la première indemnité l'assuré doit justifier de cinquante-quatre jours, continus ou discontinus, de cotisation pendant les six mois civils précédant l'incapacité. Postérieurement à l'incapacité initiale, l'assuré ne peut prétendre de nouveau à l'indemnité journalière qu'après une période minimum de six jours continus ou discontinus de cotisation après la reprise du travail. Au cas où l'incapacité est due à un accident pour lequel la législation des accidents de travail ou des maladies professionnelles ne s'applique pas, le droit aux indemnités journalières est reconnu sans tenir compte de la condition de 54 jours de cotisation à condition que le concerné soit assujéti au régime de la CNSS au moment de l'accident. Délai de dépôt L'avis d'interruption de travail doit être déposé dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de l'interruption du travail. Sous peine de prescription, et sauf en cas de force majeure, la demande d'indemnités journalières de maladie doit être déposée dans un délai de moins de 6 mois après la date de l'incapacité.</p>	<p>شروط الاستفادة لاكتساب الحق في التعويض الأول، يجب على المؤمن له أن يثبت قضاء أربعة وخمسين يوما متصلة أو غير متصلة من الاشتراك خلال السنة أشهر المدنية السابقة لحصول العجز؛ ولا يستحق المؤمن له بعد العجز الأول التعويض اليومي من جديد إلا بعد أن تمر على استئناف العمل مدة اقلها ستة أيام متواملة أو غير متواملة مدفوع عنها الاشتراك. وإذا كان العجز ناتجا عن حادث لا يجري عليه التشريع الخاص بحوادث الشغل والأمراض المهنية اعترف للمصاب بالحق في التعويضات اليومية دون مراعاة شرط قضاء أربعة وخمسين يوما من الاشتراك على أن يكون المصاب خاضعا لنظام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي عند وقوع الحادث. أجل الإيداع يجب على المؤمن له أن يودع الإشعار بالانقطاع عن العمل في أجل أقصاه 30 يوما ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل؛ أيضا يجب على المؤمن له، تحت طائلة التقادم، ما لم تحل دون ذلك قوة قاهرة، إيداع طلب التعويضات اليومية عن الأمراض والحوادث في أجل السنة أشهر الموالية لتاريخ العجز عن العمل.</p>
<p>Indemnités journalières de maternité</p> <p>La femme salariée qui cesse toute activité salariale à l'occasion de l'accouchement bénéficie d'indemnités journalières pendant 14 semaines. Conditions d'octroi - justifier d'au moins 54 jours de déclarations et de cotisations pendant les 10 mois civils précédant la date d'arrêt de travail pour accouchement, et qu'elle soit résidente au Maroc. Délai de dépôt - pour l'avis d'interruption de travail, le délai de dépôt est de 30 jours suivant l'interruption du travail - pour la demande d'indemnités journalières de maternité, le délai de dépôt est de 9 mois à compter de la date d'arrêt de travail, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure.</p>	<p>التعويضات اليومية عن الولادة تستفيد المؤمن لها، عند انقطاعها عن العمل من أجل الولادة، من تعويضات يومية لمدة أربعة عشر أسبوعا. شروط الاستفادة - أن تتوفر على الأقل على 54 يوما من التصريحات بالأجر مدفوع عنها الاشتراك خلال الأشهر المدنية العشرة السابقة لتاريخ اضطرارها للتوقف عن العمل من أجل الولادة و أن تكون قاطنة بالمغرب. أجل الإيداع - بالنسبة للإشعار بالانقطاع عن العمل يتم إيداعه في أجل لا يتعدى 30 يوما ابتداء من تاريخ الانقطاع عن العمل؛ - بالنسبة لطلب التعويضات اليومية عن الولادة يتم إيداعه في أجل لا يتعدى 9 أشهر ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل، تحت طائلة التقادم ما لم تحل دون ذلك قوة قاهرة.</p>

الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب

<p>Pièces à joindre à cette demande</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copie de la CNI ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation) si le dépôt n'est pas fait auparavant à la CNSS ; - Attestation RIB ou spécimen de chèque (si le dépôt n'est pas fait auparavant à la CNSS) ; <p>Ajouter selon le cas :</p> <p>En cas de Maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pli confidentiel du médecin traitant (facultatif) ; - Copie du procès verbal de police ou de gendarmerie (accident de la voie publique) ; <p>En cas de Prolongation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pli confidentiel du médecin traitant (facultatif) ; <p>En cas de Maternité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extrait d'acte de naissance ou, à défaut, un certificat de naissance délivré par le médecin ; - Certificat de décès en cas de décès du nouveau-né ; 	<p>نسخة من البطاقة الوطنية للتعريف أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل) إذا لم يسبق للمؤمن له الإدلاء بها لدى مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي</p> <p>- شهادة بنكية شخصية أو نموذج شيك (إذا لم يسبق للمؤمن له الإدلاء بتعريفه البنكي لدى مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي)</p> <p>تضاف إلى هذه الوثائق:</p> <p>في حالة مرض</p> <ul style="list-style-type: none"> - طي سري للطبيب المعالج (اختياري) - نسخة من محضر الشرطة أو الذرك الملكي (حادث بالطريق العام) <p>في حالة التمديد</p> <ul style="list-style-type: none"> - طي سري للطبيب المعالج (اختياري) <p>في حالة أمومة</p> <ul style="list-style-type: none"> - عقد الزيادة أو شهادة الولادة مسلمة من طرف الطبيب - شهادة الوفاة في حالة وفاة المولود الجديد
--	---

مبلغ التعويض

<p>Indemnités journalières de maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée indemnité accordée à partir du quatrième jour pendant 52 semaines au maximum au cours des 24 mois qui suivent le début de l'incapacité. - Montant : 2/3 du salaire journalier moyen soumis à cotisation et perçu durant les six derniers mois précédents l'arrêt de travail. 	<p>التعويضات اليومية عن المرض</p> <ul style="list-style-type: none"> - مدة التعويض : يصرف التعويض ابتداء من اليوم الرابع وطوال 52 أسبوعا على الأكثر خلال 24 شهرا الموالية لبداية العجز؛ - مبلغ التعويض : 2/3 الأجر اليومي المتوسط الخاضع للاشتراك والمقبوض خلال 6 أشهر السابقة للتوقف عن العمل
<p>Indemnités journalières de maternité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée : 14 semaines à partir de la date d'arrêt du travail - Montant : 100% du salaire journalier moyen soumis à cotisation et perçu pendant les six derniers mois précédant l'arrêt du travail rendu nécessaire par la proximité de l'accouchement 	<p>التعويضات اليومية عن الولادة</p> <ul style="list-style-type: none"> - مدة التعويض : أربعة عشر أسبوعا، ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل؛ - مبلغ التعويض : 100 % من متوسط الأجر اليومي الخاضع للاشتراك و المقبوض خلال السنة أشهر السابقة للتوقف عن العمل بسبب الولادة.

لمزيد من المعلومات :
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بـمركز الزبناء" على الرقم

www.cnss.ma
 http://www.macnss.ma/Portail_cnss/
 « Ma CNSS »
 080 20 30 100
 3939