



طلب راتب الزمانة في إطار الاتفاقيات الدولية  
Demande de pension d'invalidité dans le cadre  
des conventions internationales

N° du dossier

رقم الملف

Type de dossier (1)

نوع الملف (1)

طلب راتب الزمانة بتجميع فترات التأمين  
Demande de pension d'invalidité par  
totalisation des périodes d'assurance

طلب راتب الزمانة بالبلد الأخر  
Demande de pension d'invalidité au seul titre  
du régime étranger

Pays étranger concerné par la demande(2)

البلد الأخر المعني بالطلب(2)

Cadre à remplir par l'assuré(e)

إطار يملأ من طرف مؤمن له(ها)

N° d'immatriculation dans l'autre pays

رقم التسجيل بالبلد الأخر

N° d'immatriculation au Maroc

رقم التسجيل في المغرب

N° CNI(3)

رقم البطاقة الوطنية للتعريف (3)

Prénom

الاسم الشخصي

Nom

الاسم العائلي

Date de naissance

تاريخ الازدياد

Adresse

العنوان

Ville

المدينة

Quartier

الحي

Pays

البلد

Code Postal

الرمز البريدي

Téléphone portable

الهاتف النقال

Adresse email

البريد الالكتروني

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 le médecin traitant

إطار يملأ من طرف الطبيب المعالج

INPE et code à barres (4) الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر

إمضاء وختم الطبيب المعالج  
Visa et cachet du médecin traitant

الرقم المشفر  
code à barres

Date de début d'incapacité

تاريخ بداية العجز

Je déclare les informations citées sincères et véritables

أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة

Fait à ..... حرر في  
le ..... بتاريخ

(1) Cocher les cases correspondantes

(2) à condition qu'il soit un pays conventionné avec le Maroc : France, Espagne, Belgique, Portugal, Luxembourg, Tunisie, Pays-Bas, Suède, Danemark, Lybie, Allemagne, Canada ou Québec

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

(4) Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de Santé et des Etablissements de Soins, ainsi que le code à barres

(1) ضع علامة في الخانة المناسبة

(2) شريطة أن يكون بلدا متعاقدا مع المغرب : فرنسا، إسبانيا، بلجيكا، البرتغال، لوكسمبورغ، تونس، هولندا، السويد، الدانمرك، ليبيا، ألمانيا، كندا أو الكيبك

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

(4) ألصق العلامة التي تحمل الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر

## Formulaire de Pension d'invalidité

Ce formulaire est à remplir si votre patient(e) est atteint d'invalidité présumée permanente, non couverte par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, le rendant incapable d'exercer une activité lucrative quelconque.

Ce formulaire est rempli en accord avec votre patient(e) et lui sera remis sous pli confidentiel pour constituer son dossier de pension d'invalidité auprès de la CNSS.

L'assuré(e) déposera son dossier de demande de pension d'invalidité auprès de l'une des agences CNSS de son choix.

### Information(s) concernant l'assuré

#### Diagnostic de l'affection invalidante:

-Ce diagnostic est-il confirmé: Oui  Non

#### -Origine de l'invalidité:

Maladie(s)  Maladie professionnelle  Accident de travail  Accident de la voie publique

#### Précisez les dates suivantes (champs obligatoires):

- Date début de la maladie ou accident : / /   
- Date début de l'incapacité au travail (cessation définitive de l'activité): / /   
- Date de constatation de l'incapacité par le médecin traitant: / /

### Examen clinique

Existe-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux personnels? Oui  Non

-Si oui, lesquels? précisez le ou les retentissements sur l'état de sante:.....

#### Examen général:

Taille ..... Poids..... Tension artérielle ..... Pouls..... Fréquence Respiratoire.....

#### Examen physique complet : Décrivez toute observation pertinente

#### Résultats des examens complémentaires.....

#### Etat psychique (Humeur, Contact du requérant avec sa famille, ses proches et son entourage, etc.):

**Complication et/ou conséquences:**

L'affection ou les affections ont-elles entraîné des complications et/ou séquelles ? Oui  Non

-Si oui veuillez décrire le type de complications et les limitations fonctionnelles éventuelles de l'intéressé si existe):

- Est-il apte à réaliser les activités de la vie quotidienne? Oui  Non

Si non préciser pourquoi.....

- Est-il apte à exercer un emploi :

- Oui sous réserve d'un aménagement de ses conditions de travail
- Oui sous réserve d'une mesure de changement de poste
- Non (incapacité totale)

-Autres précisions: .....

**Pronostic :**

Est-il prévu une amélioration de l'état de santé de l'assuré(e)? Oui  Non

-Si Oui : Estimation de la date de la consolidation.....

-Si Non: S'agit-il d'état définitif : Oui  Non

Autres précisions: .....

**Conclusion du médecin traitant:**

L'assuré est il : Invalide temporaire  invalide définitif  Non invalide

L'état de santé de l'assuré(e) nécessite-il l'assistance d'une tierce personne ? Oui  Non

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

**Cachet et signature du médecin traitant**

Fait à : ..... Le | | | | |

**Pièces à joindre à cette demande****الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب**

- Copie de la carte nationale d'identité ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation)
- Attestation bancaire de compte (RIB) ou un spécimen de chèque

- نسخة من البطاقة الوطنية للتعريف أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل)

- شهادة بنكية أو نموذج شيك لصاحب(ة) الطلب

**Pour les demandes par totalisation des périodes d'assurance**

- Relevé de carrière dans l'autre pays

**بالنسبة لطلب في إطار تجميع فترات التأمين**

- استمارة عدد الأيام المصرح بها لدى البلد الأخر

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.

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

**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 le "Client Center" au numéro

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[http://www.macnss.ma/Portail\\_cnss/](http://www.macnss.ma/Portail_cnss/)  
**« Ma CNSS »**  
**080 20 30 100**  
**3939**

**للمزيد من المعلومات:**

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال "بمركز الزبناء" على الرقم