



إشعار بالانقطاع عن العمل و طلب التعويضات  
اليومية في حالة

Avis d'interruption de travail et demande  
d'indemnités journalières en cas de (1)

Maladie (2)  مرض  
Accident (2)  حادثة  
Prolongation  تمديد  
Maternité  أمومة

Code agence  رمز الوكالة  
N° Dossier  رقم الملف  
Réceptionné par  استلم من طرف  
le  بتاريخ

Réf. : 312-1-16: مرجع رقم

إطار خاص بالمؤمن له : Cadre réservé à l'assuré :

Nom  الاسم العائلي | Prénom  الاسم الشخصي

N° d'immatriculation :  رقم التسجيل :

N° Carte d'Identité Nationale :  رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Adresse personnelle :  العنوان الشخصي :

Ville :  المدينة : Code postal :  الرمز البريدي :

Numéro du Compte : 

Banque	Ville	Numéro de Compte	Clé
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 رقم الحساب :

(2) Mode de paiement : Virement  تحويل للمؤمن له MAD  رهن الإشارة Virement affilié  تحويل للمشغل (2) طريقة الأداء :

إطار خاص بوكالة الضمان الاجتماعي : Cadre réservé à l'agence de la CNSS :

Date d'arrêt de travail  تاريخ التوقف عن العمل | Date d'accouchement  تاريخ الوضع | Date prolongation  تاريخ التمديد

Nombre de jours accordé par le médecin conseil :  عدد الأيام الموافق عليها من طرف الطبيب المستشار : Numéro de prolongation :  رقم التمديد :

إطار خاص بالمشغل : Cadre réservé à l'employeur :

L'employeur , Affilié à La CNSS Sous Le N° :  يشهد المشغل المنخرط في ص.و.ض.ج. تحت رقم  
Certifie que L'assuré ci-dessus mentionné أن المؤمن له المشار إليه أعلاه

A interrompu effectivement son travail انقطع فعلياً عن العمل

A prolongé son arrêt de travail مدد انقطاعه عن العمل

le :  بتاريخ

le :  بتاريخ

إمضاء المشغل و طابعه  
Visa et Cachet de L'employeur

حرر في  بتاريخ   
A : le :

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

(2) : Cocher la case correspondante

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

(2) : وضع علامة في الخانة المناسبة

Vous êtes invité à vous présenter le :

Muni de votre dossier médical, du pli confidentiel du médecin traitant, de la Carte CNSS et de la CIN chez le médecin conseil de la CNSS en vue de subir un contrôle médical gratuit, à l'adresse suivante :

المرجو منكم الحضور يوم :

لدى الطبيب المستشار للصل و،ض،ج قصد إجراء مراقبة طبية مجاناً مصحوبين بملفكم الطبي، بالطي السري للطبيب المعالج، ببطاقة التسجيل بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي و بالبطاقة الوطنية و ذلك بالعنوان التالي :

إطار خاص للطبيب المعالج Cadre réservé au médecin traitant

إطار خاص للطبيب المستشار Cadre réservé au médecin conseil

.....  
.....  
.....  
.....

Date d'interruption  
du travail

Jour Mois Année

Date de prolongation  
d'arrêt du travail

Jour Mois Année

Nb. de jours d'arrêt  
ou de prolongation

.....

En toutes lettres

.....

En cas de maternité

Date présumée de  
l'accouchement

Jour Mois Année

Date réelle de  
l'accouchement

Jour Mois Année

Visa et cachet du médecin traitant

A : .....

Le : .....

Je soussigné Dr. : .....

Médecin conseil à l'agence : .....

avoir examiné le nommé : .....

Diagnostic

.....  
.....  
.....

Conclusion

.....  
.....

Nb. de jours accordés

.....

En toutes lettres

A partir de

.....

L'incapacité est-elle due à :

Un accident de travail

Oui

Non

Une maladie professionnelle

Oui

Non

Visa et cachet du médecin conseil

A : .....

Le : .....

إطار خاص بوكالة الضمان الاجتماعي Cadre réservé à l'agence de la CNSS

روقب من طرف

Contrôlé par :

.....

Le :

.....

نضد من طرف

Saisi par :

.....

le :

.....

صودق عليه من طرف

Validé par :

.....

le :

.....

ختم الوكالة

Cachet de l'agence

### IMPORTANT :

Article 33 du Dahir portant loi n° 1.72.184 du 15 jourmada II 1392 (27 juillet 1972) relatif au régime de sécurité sociale modifié par le dahir n°1-04-127 du 21 ramadan 1425 (4 novembre 2004) portant promulgation de la loi n°17-02.

Dans les trente jours suivant l'interruption du travail ou la prolongation de l'arrêt du travail et sous peine de suspension des prestations prévues par le présent chapitre, l'assuré doit adresser à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, sauf cas de force majeure, cet avis d'interruption de travail signé par le médecin traitant et l'employeur.

Egalement et sous peine de forclusion, sauf survenance de cas de force majeure, la demande d'indemnités journalières de maladie doit être déposée à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale dans un délai de six mois, à compter de la date du début de l'incapacité de travail.

### Uمهم:

الفصل 33 من الظهير الشريف بمثابة قانون رقم 1.72.184 صادر في 15 جمادى الثانية 1392 (27 يوليو 1972) يتعلق بنظام الضمان الاجتماعي و معدل بظهير رقم 1.04.127 صادر في 21 من رمضان 1425 (4 نوفمبر 2004) بتنفيذ القانون رقم 17.02.

يجب على المؤمن له، تحت طائلة إيقاف صرف التعويضات المنصوص عليها في هذا الباب، أن يوجه خلال الثلاثين يوماً التالية لانقطاعه عن العمل أو تمديد التوقف عنه إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، ما لم تحل دون ذلك قوة القاهرة، هذا الإشعار بانقطاعه عن العمل موقعا من طرف الطبيب المعالج والمشغل.

كما يجب على المؤمن له، تحت طائلة التقادم، ما لم تحل دون ذلك قوة القاهرة، إيداع طلب التعويضات اليومية عن المرض لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في أجل الستة أشهر الموالية لتاريخ العجز عن العمل.