



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

Référence : 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 |
|--|---------------------------------|
| <b>Diagnostic</b>  | <b>التشخيص</b>                  |
| .....  |                                 |
| 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                   | عدد أيام التوقف أو التمديد      |
| En chiffre   | بأرقام                          |
| En toutes lettres  | بالحروف                         |
| <b>En cas de Maternité</b>                                   | <b>في حالة ولادة</b>            |
| 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)                   |
| .....  |                                  |
| <b>Décision du médecin</b>                                   |                                  |
| .....  |                                  |
| Nombre de jours accordés                                     | عدد الأيام الممنوحة              |
| En toutes lettres  | بالحروف                          |
| A partir de  | ابتداء من                        |
| .....  |                                  |
| <b>L'incapacité est elle due à</b>                           |                                  |
| Un accident de travail                                       | حدث شغل                          |
| Une maladie professionnelle                                  | مرض مهني                         |
| Oui  | لا                               |
| Non  | لا                               |
| 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><b>Indemnités journalières de maladie ou d'accident</b></p> <p><b>Conditions d'octroi</b><br/>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.<br/>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.<br/>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.<br/><b>Délai de dépôt</b><br/>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.<br/>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><b>شروط الاستفادة</b><br/>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 متوالية أو غير متوالية مدفوع عنها الاشتراك.<br/>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.<br/><b>أجل الإيداع</b><br/>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><b>Indemnités journalières de maternité</b></p> <p>La femme salariée qui cesse toute activité salariale à l'occasion de l'accouchement bénéficie d'indemnités journalières pendant 14 semaines.<br/><b>Conditions d'octroi</b><br/>- 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.<br/><b>Délai de dépôt</b><br/>- pour l'avis d'interruption de travail, le délai de dépôt est de 30 jours suivant l'interruption du travail<br/>- 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><b>التعويضات اليومية عن الولادة</b><br/>تستفيد المؤمن لها، عند انقطاعها عن العمل من أجل الولادة، من تعويضات يومية لمدة أربعة عشر أسبوعا.<br/><b>شروط الاستفادة</b><br/>- 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.<br/><b>أجل الإيداع</b><br/>- بالنسبة للإشعار بالانقطاع عن العمل يتم إيداعه في أجل لا يتعدى 30 يوما ابتداء من تاريخ الانقطاع عن العمل؛<br/>- 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

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

### مبلغ التعويض

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

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>Pour plus d'informations :<br/>merci de visiter notre site Web<br/>ou le portail des assurés<br/>ou l'application mobile<br/>ou appeler notre serveur vocal au numéro<br/>ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros</p> | <p>www.cnss.ma<br/>www.macnss.ma<br/>Ma CNSS<br/>080 20 30 100<br/>080 203 3333 / 080 200 7200</p> | <p>للمزيد من المعلومات :<br/>يرجى زيارة موقعنا الالكتروني<br/>أو البوابة الالكترونية للمؤمن لهم<br/>أو تطبيق الهاتف<br/>أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم<br/>أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام</p> |
|--|--|---|