



منح عطل الأمومة

Prénatal ما قبل الولادة
Postnatal ولادة

A remplir par l'assurée sociale

يعتبر من طرف المضمونة الاجتماعية

N°Immatriculation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تحت رقم

PRENOM : الاسم :

NOM : اللقب :

DATE DE NAISSANCE : تاريخ الولادة :

ADRESSE : العنوان :

CODE POSTAL

--	--	--	--	--

الترقيم البريدي

TELEPHONE PORTABLE : الهاتف الجوال

SIGANTURE DE L'ASSUREE SOCIALE

امضاء المضمونة الاجتماعية

Pièces Demandées :

Indemnité congé prénatal :
- Un certificat médical indiquant la date éventuelle de l'accouchement.

Indemnité congé postnatal :

Un certificat médical indiquant la date de l'accouchement, acte de naissance ou une copie du permis d'inhaler en cas d'un enfant mort-né et il est exigé un rapport médical si l'enfant né est porteur d'un handicap, prématuré ou présentant des malformations congénitales.

Délais de dépôt :

Très important : cette demande doit être déposée dans un centre régional ou local le plus proche dans un délai de :

Indemnité congé prénatal :

- Cinq (05) jours à compter de la date de cessation d'activité pour les travailleurs dans le secteur non agricole.

- Dix jours (10) jours à compter de la date de cessation d'activité pour les travailleurs dans le secteur agricole.

Indemnité congé postnatal :

- Le mois (30 jours) qui suit la date d'accouchement.

الوثائق المطلوبة

منحة ما قبل الولادة :

- شهادة طبية مسجلة من قبل الطبيب المبشر تتضمن التاريخ المحتمل لولادة.

منحة ولادة :

- شهادة طبية ومضمون ولادة أو نسخة من رخصة النقل في صورة وضع طفل ميت مع الضافة لتقرير طبي في صورة ولادة مولود حاملًا لإعلاء أو خديجة (prémature) أو حاملًا لتفوهات خلقية .

الأجل القطعية لإيداع المطالب

ملم جاز : توجه أو تسلّم هذه البطاقة إلى أقرب مركز جهوي :

منحة ما قبل الولادة :

- خلال الخمسة (5) أيام الأولى من التوقف عن العمل بالنسبة للعاملين في القطاع غير الزراعي.

- خلال الفترة (10) أيام الأولى من ظهور العجز بالنسبة للعاملين في القطاع الزراعي

منحة ولادة :
في غضون ثلاثين (30) يوما ابتداء من تاريخ الوضع

CERTIFICAT MEDICAL CONGES DE MATERNITÉ

Congé prénatal* Congé postnatal
(Suites des couches)

Je soussigné, docteur :

exerçant en tant que :

à

CODE CONVENTIONNEL
ou à défaut
N° CONSEIL DE L'ORDRE

Certifie que Mme.....

N°Immatriculation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تحت رقم

Devrait accoucher le : ----/----/----

A accouché le : ----/----/----

→ D'un nouveau né en bonne santé apparente

→ D'un mort-né (Préciser âge de la grossesse :SA)

→ De jumeaux ou plus

→ D'un nouveau né prématuré

→ D'un nouveau né nécessitant un suivi et des interventions médicales

Nécessite un arrêt de travail de jours, à compter du

CACHET ET SIGNATURE
DU MEDECIN

*La mère peut bénéficier d'un congé prénatal d'une durée maximale de 15 jours au cours du dernier mois de la grossesse.

Réservé au médecin prescripteur

Mme..... a accouché :

→ D'un nouveau né prématuré

Age estimé de la grossesse lors de l'accouchement est deSA.

→ D'un nouveau né nécessitant un suivi et des interventions médicales

Renseignements cliniques : (Merci de détailler la nature de la malformation ou de

l'infirmité et la nature de suivi et d'interventions médicales nécessaires)

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

Prière joindre, le cas échéant, les résultats et les rapports des explorations

Réservé au médecin conseil de la CNAM

REF :/...../.....

ETUDE DU DOSSIER

- CONVOCATION
- DEMANDE DE PIECES COMPLEMENTAIRES
- DEMANDE D'EXPERTISE MEDICALE PAR DR

SIGNATURE

AVIS MEDICAL

- ACCORD
- REJET
- MOTIF DU REJET
- ACCORD PARTIEL jours.

SIGNATURE