



الصندوق الوطني للتأمين على المرض
Caisse Nationale d'Assurance Maladie

DEMANDE D'INDEMNITE DE
MALADIE

مطلب منحة مرض

يتم ملئها من طرف المؤمن الاجتماعي

يعتبر من طرف المؤمن الاجتماعي

Identifiant
unique

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

المعرف
الوحيد

PRENOM : الاسم :

NOM : اللقب :

DATE DE NAISSANCE : تاريخ الولادة :

ADRESSE où le malade peut être visité العنوان يمكن فيه زيارة المريض

CODE POSTAL

--	--	--	--	--

الترقيم البريدي

TELEPHONE PORTABLE : الهاتف الجوال

SIGNATURE DE L'ASSURE SOCIAL

(إمضاء المؤمن الاجتماعي)

Ce formulaire ne concerne pas les accidents de travail et les maladies professionnelles.
Dans ces situations, il v a lieu d'utiliser le formulaire du certificat médical prévu à cet effet

CERTIFICAT MEDICAL D'ARRET DE TRAVAIL

Je, soussigné, docteur :

Exerçant en tant que :

à

CODE CONVENTIONNEL

ou à défaut

N° CONSEIL DE L'ORDRE

Certifie que l'état de santé de Mr (Mme)

Nécessite un arrêt de travail de :

Durée jours, à compter du

Sorties autorisées de heures à heures

En cas de traumatisme, préciser s'il Le patient a-t-il été hospitalisé pendant la période actuelle d'arrêt de travail ?

- | | |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Accident domestique | <input type="checkbox"/> Oui (joindre attestation d'hospitalisation) |
| <input type="checkbox"/> Acte de violence | |

CACHET ET SIGNATURE
DU MEDECIN

...../...../.....

Très important

ce formulaire doit parvenir au centre régional ou local de référence avant le sixième jour d'incapacité pour les travailleurs dans le secteur non agricole et avant le onzième jour d'incapacité pour les travailleurs dans le secteur agricole

مهم جداً :

توجه أو تسلّم هذه البطاقة إلى أقرب مركز جهوي أو محلي الأرفع بالطور وذلك قبل اليوم السادس من بداية العجز بالتمهنة العاملين في القطاع غير الفلاحي وقبل اليوم الحادي عشر من بداية العجز بالتمهنة العاملين في القطاع الفلاحي

Prière, remplir la partie confidentielle au verso

Nature de l'affectation

Prière de Joindre, le cas échéant, les résultats et les rapports des explorations

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

Réservé au médecin conseil de la CNAM

ETUDE DU DOSSIER

- CONVOCATION
- PIECES COMPLEMENTAIRES REF :/...../.....
- EXPERTISE
- DEMANDE D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES
- Transmission de la totalité de la période à la Commission Médicale

SIGNATURE

TRANSCRIPTION DE L'AVIS DU MEDECIN CONSEIL

Avant l'envoi du volet ci-contre au service administratif

- ACCORD
- REJET
- MOTIF DU REJET
- ACCORD PARTIEL AVEC REPRISE DE TRAVAIL LE

SIGNATURE

AVIS MEDICAL

Partie à viser après saisie informatique

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

- ACCORD
- ACCORD PARTIEL jours, à compter du
- Rejet du reste avec reprise de travail le
- Transmission du reste de la période à la CM*
- REJET
- Transmission de la totalité de la période à la CM*

SIGNATURE

EN CAS DE REJET, PRECISER LE MOTIF :

- Période de repos non justifiée médicalement
- Ne s'est pas présenté après deux convocations
- Autre :

* dans ce cas : Garder une copie de cette page pour la transcription de la décision de la commission médicale

AVIS MEDICAL

après décision de la commission médicale MLD

Date commission médicale MLD :/...../.....

- ACCORD
- ACCORD PARTIEL jours, à compter du et rejet du reste.
- REJET

SIGNATURE