

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19-

067986

ND: 32166

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6427 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAMNIZI Ziad

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº P19-067986

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

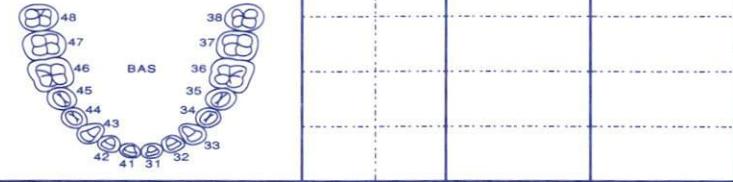
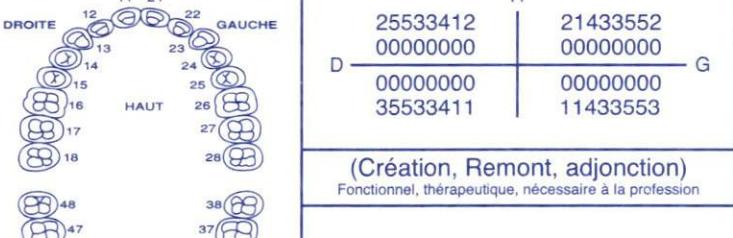
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution </div>			
								
								
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire						
		<table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50px;">D</td> <td style="width: 50px;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table>	D	H		25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution
D	H							
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553							

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 17 / 44561		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

P 17 / 044561

DATE DE DEPOT

/ 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	6427
Nom & Prénom LIA MIZI (13/11/2011) Fonction Technicien B2 Phones 0666 903750 Mail lizamizit@yahoo.com			
MEDECIN	Prénom du patient		
<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age			
Nature de la maladie affection au pied			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Rebuts	C3 + H2	200,00 200,00	
PHARMACIE	Date 05/03/20 4001 Montant de la facture 297,00		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	



Consultations :
Pneumophysiologie
Allergologie - Asthme
Sommeil et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique
Pléthysmographie
Spirométrie - Oscillometry
Polysomnographie
Gaz du sang artériel
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscopie diagnostique et interventionnelle
Fibroscopie bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

الدكتور محمد للبرابسي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologist

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologist

05/03/2020

Monsieur LAMAIZI Mohamed



297,00 SYMBICORT 200 : 1 bouffée matin et soir x 1 mois



se rincer la bouche après chaque utilisation

Pharmacie Ouled Ziane
Dr. A. SPARRELLI
INPEL 022947453
Bd. El Fida 1760 - Ain Diab - Casablanca
ICE : 0000054000000015

Docteur Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Maladies Respiratoires
5. Bis Rue Ibnou Babik - Maârif
CASA Tél 02294246 949347

الدكتور محمد للدكتور (ابي)

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologist

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologist

05/03/2020

Monsieur LAMAIZI Mohamed

COMPTE RENDU

Radiographie pulmonaire face

Indication : toux spasmodique - gêne respiratoire

- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Culs de sac pleuraux sans anomalie
- Structure osseuse normale
- Hyperclarté des sommets
- Aspect de péribronchite bilatérale

Docteur Arabi NACIRI
Professeur Arabi
Maladies Respiratoires
5, Bis Rue Ibnou Babik - Maârif
CASA 161 002946 - 0522941457



الدكتور ع. النصري

Dr. Arabi NACIRI

Professeur agrégé

Pneumophtisiologue



CMR

الدكتور محمد الإبراهيمي

DOCTEUR M. EL IBRAHIMI

PNEUMOPHTSILOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA

Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23

E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le

05-03-2020

M LAHAZI, N. H.

Honoraires versés

Le	Consultation	5	2000	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Face	12	2000	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Profil			DH
Le	Pléthysmographie / DLCO			DH
Le	Spirometrie - Oscilling			DH
Le	Polysomnographie + Polygraphie			DH
Le	Polygraphie sous VNI			DH
Le	Gaz du Sang Artériel			DH
Le	Mise en Place de VNI			DH
Le	Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire			DH
Le	Tests Cutanes			DH
Le	Fibroscopie Bronchique / LBA			DH
Le	Aerosol + Injection			DH
Le	Ponction "Pleurale - Biopsie"			DH
Le	Ponction "Pleurale - Simple"			DH
Le	Echographie de repérage			DH
Le	Exsufflation			DH

TOTAL : 4000 DH

5 Bis Rue Ibnou Babik - Casablanca
Tél. 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH
Médecin Radiologue

- Diplômé de Paris Descartes
- Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

- Scanner Multibarettes
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Mammographie Numérisée

- Echographie Générale
- Echographie-Doppler Couleur
- IRM (Sur Rendez-Vous)

الفحص بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله
إختصاصي في الفحص بالأشعة
خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca , le 18/02/2020

Patient : LAMAIZI MOHAMMED

Prescripteur: DR BOUCHAIB DYANI

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE

RESULTATS :

Syndrome bronchique bilatéral plus marqué en péri hilaire
Epaississement péribronchovasculaire bilatéral
Absence de foyer parenchymateux.
Silhouette cardio médiastinale normale.
Discret émoussement du cul-de-sac costodiaphragmatique droit

Merci pour votre confiance .

Dr Mohamed amine Fathallah

RADIOLOGIE
Bd al quods , N°697
Radiologiealquods@gmail.com
Tél: 05 22 21 43 43



Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 18/02/20

Prélèvement effectué à 09:45

Edition du : 18/02/20

Monsieur LAMAIZI MOHAMED

Docteur BOUCHAIB DYANI

Réf. : 20B1167

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(SYSMEX XS-1000i)

Normales

(Homme Adulte)

GLOBULES ROUGES

Hématies -----:	2,92	* M/mm ³	4,5 - 5,55
Hémoglobine -----:	7,0	* g/100 ml	14 - 17
Hématocrite -----:	22	* %	40 - 50
- V.G.M. -----:	75	* μ l	80 - 95
- T.C.M.H. -----:	24	* pg	28 - 32
- C.C.M.H. -----:	32	g/100 ml	30 - 35

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----:	5 400	/mm ³	4000 - 10000
----------------------------------	-------	------------------	--------------

Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles -----:	88,8	* %	50 - 70
Soit :	4 795	/mm ³	2000 - 7500
Polynucléaires Eosinophiles -----:	1,0	%	1 - 3
Soit :	54	/mm ³	40 - 300
Polynucléaires Basophiles -----:	0,2	%	< 1
Soit :	11	/mm ³	< 100
Lymphocytes -----:	5,6	* %	20 - 40
Soit :	302	/mm ³	1500 - 4000
Monocytes -----:	4,4	%	1 - 14
Soit :	238	/mm ³	40 - 1000

PLAQUETTES

Résultat -----:	233 000	/mm ³	150000 - 400000
-----------------	---------	------------------	-----------------



Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 18/02/20

Prélèvement effectué à 09:45

Édition du : 18/02/20

Monsieur LAMAIZI MOHAMED

Docteur BOUCHAIB DYANI

Réf. : 20B1167

Compte Rendu d'Analyses

VITESSE DE SEDIMENTATION

(Vacuette Grainer)

			Normales
1 ^{ère} heure -----:	55	* mm	< 10
2 ^{ème} heure -----:	100	* mm	< 20

B I O C H I M I E SANGUINE
(Cobas Roche C-311)

BILAN LIPIDIQUE

Cholesterol total-----:	1,14	g/l	< 2
Soit :	2,94	mmol/l	< 5,15
Cholesterol HDL-----:	0,32	* g/l	> 0,4**
Cholestérol LDL** -----:	0,71	g/l	< 1,6 **
Soit :	1,83	mmol/l	< 4,12

**Valeurs indicatives, à confronter avec le risque cardio-vasculaire du patient

Triglycérides -----:	0,53	g/l	< 1,5
Soit :	0,61	mmol/l	< 1,71
Glycémie à jeûn -----:	1,13	* g/l	0,7 - 1,1
Soit :	6,3	mmol/l	3,88 - 6,11
Urée -----:	0,37	g/l	0,15 - 0,5
Soit :	6,17	mmol/l	2,5 - 8,34
Créatinine -----:	10,9	mg/l	6 - 13
Soit :	96	μmol/l	53 - 115
Acide urique -----:	49	mg/l	35 - 72
Soit :	294	μmol/l	208 - 428



مختبر منظرونا للتحاليلات الطبية
LABORATOIRE MANDARONA
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 18/02/20

Prélèvement effectué à 09:45

Édition du : 18/02/20

Monsieur LAMAIZI MOHAMED

Docteur BOUCHAIB DYANI

Réf. : 20B1167

Compte Rendu d'Analyses

			Normales
Bilirubine Totale -----:	4	mg/l	1 - 12
Soit :	7	µmol/l	2 - 21
Bilirubine Indirecte (Libre) -----:	2	mg/l	< 10
Soit :	3	µmol/l	< 17
Bilirubine Directe (Conjuguée) ----- :	1	mg/l	< 2
Soit :	2	µmol/l	< 3
Transaminases - SGOT / ASAT -----:	52	* UI/l	< 45
Transaminases - SGPT / ALAT ----- :	19	UI/l	< 49

M A R Q U E U R S

P.S.A. us Total ----- : 0,224 ng/ml
(Chimiluminescence COBAS ROCHE E411)

Interprétation

< 40ans	:	< 1,4
40 à 50 ans	:	< 2,0
50 à 60 ans	:	< 3,1
60 à 70 ans	:	< 4,1
> 70 ans	:	< 4,4

LABORATOIRE
MEDICALES MANDARONA
679, boulevard Al Qods 20460 Casablanca
Tél.: 0522 52 83 88 - 0522 87 22 82
Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

679, Bd El Qods 20460 Air Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347



091244798

Casablanca, le 18/02/2020

FACTURE N° : 278/2020

Nom & Prénom : LAMAIZI MOHAMMED
Date d'examen : 18/02/2020

<i>Examens</i>	<i>Honoraires</i>
THORAX FACE	200 DH
NET A PAYER	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS DH

ICE : 002313947000064

*Radiologie Al Quods
Bd al quods, n°697
Radiologiealquods@gmail.com
Tél: 05 22 21 43 43*

Docteur Bouchaïb DYANI

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

ELECTROCARDIOGRAMME

Bd Dakhla Résidence Espace Chrifa

Imm. A - Appt. 2 - 1er étage - Hay Chrifa

Ain Chok - Casablanca

Tél. C. : 05 22 50 70 22

GSM : 06 61 95 72 88

E-mail : dr.dyani@gmail.com

الدكتور بوشعيب الدياني
الطب العام - الفحص بالصدى
تخطيط القلب - ختارة الأطفال

شارع الدخيلة - اقامة فضاء الشريفة عمارة A - الشقة رقم 2
الطابق الاول - حي الشريفة عين الشق - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 50 70 22 - المحمول : 06 61 95 72 88

Casablanca, le

Nom & Prenom :

Antecedents :

Personnel :

Familiaux :

Renseignements cliniques :

Traitements :



Bilans à demander :

MES, VS, g/le, le sucre à
jeun, acide urique
ET, TG, cholestérol
MS et le concentré
TR des g. minéraux
SGOT, SGPT

PSA

B1 pleine, B1 Cuir, B1 Loi

Docteur Bouchaïb DYANI

Médecine Générale

Bd Dakhla Résidence Espace

Chrifa, Im. A - Appt. 2 1er étage

Hay Chrifa-Al Chok-Casablanca

Tél. 022 50 70 22 - GSM: 061 95 72 88



مختبر منظرونا للتحليلات الطبية
LABORATOIRE MANDARONA
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Casablanca le mardi 18 février 2020 Monsieur LAMAIZI MOHAMED

FACTURE N° 118024

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Vitesse de sédimentation -----	B	30	
Bilan lipidique -----	B	190	
Glycémie -----	B	30	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
Acide urique -----	B	30	
Bilirubines Totale, libre et conjuguée -----	B	70	
Transaminases OT -----	B	50	
Transaminases PT -----	B	50	
PSAus total -----	B	300	Total : B 890

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER 1 217,60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Deux Cent Dix Sept Dirhams et Soixante Centimes

LABORATOIRE
MEDICALES MANDARONA
679, boulevard Al Qods 20460 - Casablanca
Tél.: 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347

Cadre à remplir par le médecin traitant		إطار يملأ من طرف الطبيب المعالج
Diagnostic	التشخيص	
Date d'interruption du travail	تاريخ الانقطاع عن العمل	
Date de prolongation d'arrêt du travail	تاريخ تحديد الانقطاع عن العمل	
Nombre de jours d'arrêt ou de prolongation	En chiffre	بأحرف
أنا الموقع أسفه الطبيب المعالج		
En toutes lettres		
En cas de Maternité		في حالة ولادة
Date présumée de l'accouchement	التاريخ المتوقع للولادة	
Date réelle de l'accouchement	تاريخ الولادة	
أنا الموقع أسفه الطبيب المعالج		أنا الموقع أسفه الطبيب المعالج
Identifiant National du Praticien		الرقم الوطني الاستدلالي للطبيب
أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة أعلاه		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
إمضاء و ختم الطبيب		
Fait à	حرر في	
Le	باتribut	

Cadre à remplir par le médecin conseil		إطار يملأ من طرف الطبيب المستشار
Je soussigné Dr.		
أنا الموقع أسفه الدكتور		
Médecin Conseil à l'Agence		طبيب مستشار بوكالة
Avoir examiné Madame / Monsieur		
فحضرت السيد (ة)		
Décision du médecin		قرار الطبيب
Nombre de jours accordés		
أنا الموقع أسفه الطبيب المعالج		
أنا الموقع أسفه الطبيب المعالج		
أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة أعلاه		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
إمضاء و ختم الطبيب		
Fait à	حرر في	
Le	باتribut	

Conditions d'octroi

Indemnités journalières de maladie ou d'accident

Conditions d'octroi
Pour avoir 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.
Au cas où l'incapacité est due à un accident, autre que les accidents de travail ou les maladies professionnelles, le droit aux indemnités journalières est reconnu sans condition de stage sur mentionnée.
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.
Pour bénéficier d'une nouvelle période d'indemnisation, l'assuré(e) doit remplir à nouveau les mêmes conditions requises pour la demande initiale.

Délai de dépôt

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. En cas de force majeure, la demande d'indemnités journalières de maladie peut être déposée dans un délai de moins de 6 mois.

Indemnités journalières de maternité

La femme salariée qui cesse toute activité salariale à l'occasion de l'accouchement bénéficie d'indemnités journalières pendant 14 semaines.

Conditions d'octroi

- 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.

Délai de dépôt

- pour l'avis d'interruption de travail, le délai de dépôt est de 30 jours suivant l'interruption du travail
- 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.

شروط الاستفادة

شروط الاستفادة
للاستفادة الحق في التغطيات الأول، يجب على المؤمن له أن يثبت قضاء أربعة وخمسين يوماً ملائمة أو غير ملائمة من الاشتراك خلال السنة أشهر السنة السابقة لحصول العجز.
إذا كان العجز ناتجاً عن حادثة غير حادثة شغل أو أمراض مميتة، يمكن المؤمن له أن يستفيد بدون مراعاة الشروط الم Alfalif النك.

لا يمكن المؤمن له الاستفادة من تغطيات يومي العجز الأول إلا بعد مرور 6 أيام على استيفاء العمل مدفوع عنها الاشتراك.

يعتبر على المؤمن له الاستفادة من هذه جديدة أن تتوفر في نفس الشروط المطلوبة للاستفادة الحق في التغطيات الأول.

للحالات

يتم إيداع الإشعار بالانقطاع عن العمل في أجل أقصاه 30 يوماً ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل. ويمكن أن يودعطلب داخل أجل أقصاه 6 أشهر في حالة وجود قوة قاهرة.

للحالات

يتم إيداع الإشعار بالانقطاع عن العمل من أجل من تغطيات يومية عن الولادة من تغطيات يومية عن الولادة عشر أسبوعاً.

للحالات

أن تتوفر على الأقل على 54 يوماً من التغطيات بالاجور مدفوع عنها الاشتراك خلال السنة أشهر السنة السابقة لتغطية لاضطرارها للانقطاع عن العمل من أجل الولادة و أن تكون قاطنة بال المغرب.

للحالات

بالنسبة للطلب التغطيات يومية عن الولادة يتم إيداعه في أجل لا يتجاوز 30 يوماً ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل؛

طلة التقديم مل تمل دون تلك قوة قاهرة.

الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب

Pièces à joindre à cette demande

- Copie de la CNI (si le dépôt n'est pas fait auparavant à la CNSS) (3) ;

- Attestation RIB ou spécimen de chèque (si le dépôt n'est pas fait auparavant à la CNSS) ;

Ajouter selon le cas :

En cas de Maladie

- Pli confidentiel du médecin traitant (facultatif) ;

- Procès verbal en cas d'accident de la voie publique ;

En cas de Prolongation

- Pli confidentiel du médecin traitant (facultatif) ;

En cas de Maternité

- extrait d'acte de naissance ou, à défaut, un certificat de naissance délivré par le médecin ;

- certificat de décès en cas de décès du nouveau-né ;

- نسخة من البطاقة الوطنية التغطية (إذا لم يتم الإلزام بها ساقية المستند الوطني الضمان الاجتماعي) (3) .
- شهادة بذكرة لم تموذج شيك (إذا لم يتم الإلزام بها ساقية المستند الوطني الضمان الاجتماعي) .
- تضافط إلى هذه الوثائق .

في حالة مرض

- طب سري للطبيب المعالج (اختياري) .

- محضر ثبوت في حالة حدث حادث على الطريق العام .

في حالة التدبر

- طب سري للطبيب المعالج (اختياري) .

- في حالة امومة .

- عد الأزيد أو شهادة الولادة ملائمة من طرف الطبيب .

- شهادة المولود في حالة وفاة المولود الجديد .

مبلغ التغطية

Indemnités journalières de maladie

- 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 .
- Montant : 2/3 du salaire journalier moyen soumis à cotisation et perçu durant les six derniers mois précédents l'arrêt de travail .

Indemnités journalières de maternité

- Durée : 14 semaines à partir de la date d'arrêt du travail .
- Montant : 100% du salaire journalier moyen soumis à cotisation et perçu pendant les six derniers mois précédents l'arrêt du travail rendu nécessaire par la proximité de l'accouchement .

التعويضات اليومية عن الولادة
- مدة التغطية : يصرف التغطية ابتداء من اليوم الرابع و طوال 52 أسبوعاً على الأكثر خلال 24 شهراً المولدة لم يتجاوز .
- المجزء : مبلغ التغطية : 2/3 الأجر اليومي المترتب على المعاشر والمؤمن خلال ستة أشهر ملائمة للتوقف عن العمل .

التعويضات اليومية عن الولادة
- مدة التغطية : أربعة عشر أسبوعاً ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل .
- مبلغ التغطية : 100% من متوسط الأجر اليومي المعاشر للاشتراك والمؤمن خلال ستة أشهر ملائمة للتوقف عن العمل بحسب الولادة .

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site web
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE au
ou appeler notre serveur vocal au numéro

www.cnss.ma
080 203 3333 / 080 200 7200
080 20 30 100

المزيد من المعلومات

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني .

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الرقم .

أو الاتصال بالسيج الموصى على الرقم .

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS</p>	إشعار بالانقطاع عن العمل و طلب التعويضات اليومية Avis d'interruption de travail et demande d'indemnités journalières	Référence : 312-1-16 N° Dossier <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	رقم الملف
---	---	---	------------------

نوعية الملف (1)			
<input type="checkbox"/> أمومة Maternité	<input type="checkbox"/> تمديد Prolongation	<input type="checkbox"/> حادث يعزى إلى الغير Accident imputable à un tiers (2)	<input type="checkbox"/> مرض Maladie (2)

إطار يملأ من طرف المؤمن له (ها)			
N° de la CNI (3) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	رقم البطاقة الوطنية للتعريف (3) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	N° d'immatriculation <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	رقم التسجيل <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>
Prénom _____		الاسم الشخصي _____	
Adresse _____		الاسم العائلي _____	
Ville _____	المدينة _____	Quartier _____	الحي _____
Pays _____	البلد _____	Code Postale _____	الرمز البريدي _____
Téléphone _____		الهاتف _____	
أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables			
إشعار المؤمن له (ها) Signature de l'assuré(e)			

إطار يملأ من طرف المشغل			
المشغل <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>			
رقم الازنخراط <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>			
مؤمن لدى شركة التأمين <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>			
ضد أخطار حوادث الشغل و الأمراض المهنية <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>			
تحت رقم التوقيعية <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>			
يشهد أن المؤمن له (لها) المشار إليه (ها) أعلاه (ت) يشغل حالياً وظيفة <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>			
أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables			
إمضاء و وخت المشغل Signature et cachet de l'Employeur			
حرر في Fait à بتاريخ Le بتاريخ			
A interrompu effectivement son travail le <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>			
انقطع فعلياً عن العمل بتاريخ <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>			
A prolongé son arrêt de travail le <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>			
مدد انقطاعه عن العمل بتاريخ <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>			

- (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 N° Passeport / N° Carte Résidence
 (4) AT/MP Accident de travail, Maladie Professionnelle

ضع علامة في الخانة المناسبة
 لا يغطي قانون الضمان الاجتماعي حوادث الشغل و الأمراض المهنية
 أو رقم جواز السفر/ رقم بطاقة الإقامة

(1)

(2)

(3)