

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

Conditions 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.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Biologie 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.

Optique :

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

Rééducation :

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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

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

N° P19- 067986

ND: 32166

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6427 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAMRIZ, Ned

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 N° 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																	
				Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td>G 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	00000000	G 00000000	00000000	35533411	11433553				Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
H		G																		
25533412	21433552	00000000	00000000																	
D 00000000	00000000	G 00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT		NOM : _____	Mle _____
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			



P 17 / 044561

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6427	
Nom & Prénom LAHRAZI MOHAMMED			
Fonction Technicien	Phones 0666 903790		
Mail LAHRAZI@royalairmaroc.ma			
MEDECIN		Prénom du patient _____	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age _____		Date 05/03/20	
Nature de la maladie		Date 1ère visite _____	
my feeding us phelp			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Abus de	C3 + 42	20000	
Redes		20000	
PHARMACIE		Date 05/03/20	
Montant de la facture		297,00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date _____	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date _____	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

**Endoscopie diagnostique
et interventionnelle**
Fibroskopie bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

(دكتور محمد البراهيمي)

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophtisiologue

(دكتور ع. الناصري)

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue

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 Agrégé
Maladies Respiratoires
5, Bis Rue Ibnou Babik - Maârif
CASA 161 07 284 57 - 05 22 94 91 23

الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue



CMR

الدكتور محمد البراهيمي

DOCTEUR M. EL IBRAHIMI
PNEUMOPHTISIOLOGUE

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

LANA AIZI, Nabeel

Honoraires verses

Le	Consultation	5	2000	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Face	2	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	Aérosol + Injection			DH
Le	Ponction "Pleurale - Biopsie"			DH
Le	Ponction "Pleurale - Simple"			DH
Le	Echographie de repérage			DH
Le	Exsufflation			DH

TOTAL : 4000 DH

Dr. Arabi NACIRI
5 Bis Rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - 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

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

- خريج كلية الطب بباريس
- طبيب سابق بمستشفيات باريس

- Scanner Multibarettes
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Mammographie Numérisée

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

- Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Sénologie)
- Radiologie Numérisée
- Radio - Photo

Casablanca , le 18/02/2020

Patient : LAMAIZI MOHAMMED

Prescripteur: DR BOUCHAIB DYANI

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE

RESULTATS :

Syndrome bronchique bilatéral plus marqué en péri hilare

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



مختبر منظرنا 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

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 ³	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
-----------------	---------	--	------------------	-----------------

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



مختبر منظرنا للتحاليل 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

Edition du : 18/02/20

Monsieur LAMAIZI MOHAMED

Docteur BOUCHAIB DYANI

Réf. : 20B1167

Compte Rendu d'Analyses**VITESSE DE SEDIMENTATION**

(Vacuette Grainer)

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

BIOCHIMIE 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 jeun ----- :	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

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



مختبر منظرنا للتحاليل 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

Edition 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

MARQUEURS

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 D'ANALYSES
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

Radiologie Al Quods



الفحص بالأشعة القدس

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca

Tél.: 05 22 21 43 43 - Fax : 05 22 21 43 43 - E-mail : radiologiealquods@gmail.com



091244798

Casablanca, le 18/02/2020

FACTURE N° : 278/2020

Nom & Prénom : LAMAIZI MOHAMMED

Date d'examen : 18/02/2020

Examens	Honoraires
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 - 697
Radiologiealquods@gmail.com
Tél: 05 22 21 43 43

Docteur Bouchaïb DYANI

MÉDECINE GÉNÉRALE

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

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

شارع الداخلة - إقامة فضاء الشريفة عهارة A - الشقة رقم 2

الطابق الأول - حي الشريفة - عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 50 70 22 - الجوال : 06 61 95 72 88

E-mail : dr.dyani@gmail.com

Casablanca, le

Nom & Prenom :

19/20/2024
الدار البيضاء
M. Lamari Mohamed

Antecedents :

Personnel :

Familiaux :

Renseignements cliniques :

Traitements :

Bilans à demander :

NTFS, VS, glycemie
perim, au de sang que
CT, TG, HDL, LDL
urée, créatinine
Triglycerides
SGPT, SGOT
PSA
Bilabone, Bil aug bilot

Docteur Bouchaïb DYANI
Médecine Générale
Bd Dakhla Résidence Espace
Chrifa, Im. A - Appt. 2 1er étage
Hay Chrifa - Ain 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 - Fax: 0522 21 92 41

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 تمديد الانقطاع عن العمل
Nombre de jours d'arrêt ou de prolongation	عدد أيام التوقف أو التمديد
En chiffre	بأرقام
En toutes lettres	بالحروف
En cas de Maternité	في حالة ولادة
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 الاستدلالي للطبيب
أصرح بصحة المعلومات المذكورة أعلاه	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
إمضاء وختم الطبيب	
Signature et cachet du médecin	
Fait à	حرفي
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)
.....	
Décision du médecin	قرار الطبيب
Nombre de jours accordés	عدد الأيام الممنوحة
En toutes lettres	بالحروف
A partir de	ابتداء من
L'incapacité est elle due à	العجز ناتج عن
Un accident de travail	حادث شغل
Une maladie professionnelle	مرض مهني
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
أصرح بصحة المعلومات المذكورة أعلاه	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
إمضاء وختم الطبيب	
Signature et cachet du médecin	
Fait à	حرفي
Le	بتاريخ

Conditions d'octroi	شروط الاستفادة
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 sus 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.	شروط الاستفادة لاكتساب الحق في التعويض الأول، يجب على المؤمن له أن يثبت قضاء أربعة وخمسين يوما متصلة أو غير متصلة من الاشتراك خلال الستة أشهر المدنية السابقة لحصول العجز. إذا كان العجز ناتجا عن حادث غير حادث شغل أو أمراض مهنية، يمكن للمؤمن له أن يستفيد بدون مراعاة الشرط السالف الذكر. لا يمكن للمؤمن له الاستفادة من تعويض يومي جديد بعد العجز الأول إلا بعد مرور 6 أيام على الأقل على استئناف العمل مدفوع عنها. يتعين على المؤمن له للاستفادة من مدة جديدة من التعويض أن تتوفر فيه نفس الشروط المطلوبة لاكتساب الحق في التعويض الأول.
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 تستفيد المؤمن لها، عند انقطاعها عن العمل من أجل الولادة، من تعويضات يومية لمدة أربعة عشر أسبوعا. شروط الاستفادة - أن تتوفر على الأقل على 54 يوما من التعويضات المدفوعة عنها الاشتراك خلال الأشهر العشر المدنية السابقة لتاريخ انقطاعها عن العمل من أجل الولادة وأن تكون قاطنة بالمغرب. أجل الإيداع - بالتسوية للاشتغال بالانقطاع عن العمل يتم إيداعه في أجل لا يتعدى 30 يوما ابتداء من تاريخ الانقطاع عن العمل؛ - بالتسوية لطالب التعويضات اليومية من الولادة يتم إيداعه في أجل لا يتعدى 9 أشهر ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل، تحت طائلة التنازل ما لم تمل دون ذلك قوة قاهرة.
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 ;	الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب - نسخة من البطاقة الوطنية للتعريف (إذا لم يتم الإدلاء بها سابقا للمنفوق الوطني للضمان الاجتماعي) (3) - شهادة بنكية أو نموذج شيك (إذا لم يتم الإدلاء بها سابقا للمنفوق الوطني للضمان الاجتماعي) تضاف إلى هذه الوثائق: في حالة مرض - طي سري الطبيب المعالج (اختياري) - محضر شرطة في حالة حدوث حادث على الطريق العام في حالة التمديد - طي سري الطبيب المعالج (اختياري) في حالة أمومة - عقد الزواج أو شهادة الولادة مسلمة من طرف الطبيب - شهادة الوفاة في حالة وفاة المولود الجديد
Montant de la prestation 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.	التعويضات اليومية عن المرض - مدة التعويض : يصرف التعويض ابتداء من اليوم الرابع وطوال 52 أسبوعا على الأكثر خلال 24 شهرا الموالية لبداية العجز. - مبلغ التعويض : 2/3 الأجر اليومي المتوسط الخاص بالاشتراك والتعويض خلال 6 أشهر السابقة للتوقف عن العمل
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 précédant l'arrêt du travail rendu nécessaire par la proximité de l'accouchement	التعويضات اليومية عن الولادة - مدة التعويض : أربعة عشر أسبوعا، ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل؛ - مبلغ التعويض : 100% من متوسط الأجر اليومي الخاص بالاشتراك والتعويض خلال الستة أشهر السابقة للتوقف عن العمل بسبب الولادة.



الضمان الاجتماعي
التأمين الاجتماعي
CNS

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 Postale

الرمز البريدي

Téléphone

الهاتف

أصريح بصديق وصحة 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 والأمراض المهنية

sous police n°

تحت رقم البوليصة

Certifie que l'assuré(e) ci-dessus mentionné(e) occupe
actuellement le poste de

يشهد أن المؤمن له (ها) (لها) المشار إليه (ها) أعلاه
(ت) يشغل حالياً وظيفة

A interrompu effectivement son travail le

انقطع فعليا عن العمل بتاريخ

أصريح بصديق وصحة المعلومات المذكورة
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

إمضاء وختم المشغل
Signature et cachet de l'Employeur

A prolongé son arrêt de travail le

مدد انقطاعه عن العمل بتاريخ

فعل في
Le

(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

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.

Indice de révision 03_04.09.2015

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقا لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه
معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي.

ضع علامة في الخانة المناسبة

(2) لا يغطي قانون الضمان الاجتماعي حوادث الشغل والأمراض المهنية

(3) أو رقم جواز السفر/ رقم بطاقة الإقامة