

REF :



الصندوق الوطني للتأمين على المرض
Caisse Nationale d'Assurance Maladie

التأمينات الاجتماعية

INDEMNITE DE MALADIE منحة مرض

INDEMNITE DE COUCHES منحة وضع

A remplir par l'assuré social

يعمّر من طرف المضمون الاجتماعي

Identifiant
unique

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

المعرف
الوحيد

PRENOM : الاسم :

NOM : اللقب :

DATE DE NAISSANCE : تاريخ الولادة

ADRESSE ou le malade peut être visité..... العنوان الذي يمكن فيه زيارة المريض

CODE POSTAL

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

الترقيم البريدي

TELEPHONE PORTABLE:..... الهاتف الجوال

SIGNATURE DE L'ASSURE SOCIAL

إمضاء المضمون الاجتماعي

Très important : ce formulaire doit parvenir au centre régional ou local le plus proche 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
En cas de prolongation, ce formulaire doit parvenir au même centre

هام جدا : توجه او تسلّم هذه البطاقة إلى أقرب مركز جهوي وذلك قبل اليوم السادس من بداية العجز بالنسبة للعاملين في القطاع غير الفلاحي وقبل اليوم الحادي عشر من بداية العجز بالنسبة للعاملين في القطاع الفلاحي
في صورة التمديد، يتم تسليم البطاقة إلى نفس المركز

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

CERTIFICAT MEDICAL D'ARRET DE TRAVAIL

INDEMNITE DE MALADIE

INDEMNITE DE COUCHES

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)

Identifiant
unique

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

المعرف
الوحيد

Nécessite un arrêt de travail de :

Durée..... jours, à compter du

Période initiale

Prolongation

Sorties autorisées deheures à heures

En cas de traumatisme, préciser
s'il s'agit d'un :

- Accident de la voie publique
 Accident domestique
 Acte de violence

Le patient a-t-il été hospitalisé pendant
la période actuelle d'arrêt de travail ?

- Non
 Oui (joindre attestation d'hospitalisation)

CACHET ET SIGNATURE
DU MEDECIN

Prière, remplir la partie confidentielle au verso

Réservé au médecin prescripteur

NATURE DE L'AFFECTION

Form with dotted lines for text entry, including checkboxes for 'INDÉMNITÉ DE MALADE' and 'INDÉMNITÉ DE CŒCHES'.

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

Réservé au médecin conseil de la CNAM

ETUDE DU DOSSIER

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

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

SIGNATURE

Transcription de l'avis du médecin conseil

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

SIGNATURE

Réservé au médecin conseil de la CNAM

AVIS MEDICAL

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

- ACCORD jours, à compter du
ACCORD PARTIEL jours, à compter du
Rejet du reste de la période
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
Autres :

* 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 de jours, à compter du et rejet du reste.
REJET

SIGNATURE