



Visa de la Structure

## DÉCLARATION

### DE MALADIE PROFESSIONNELLE

à remplir en cinq (05) exemplaires par la victime ou ses ayants droit et à adresser à l'organisme de Sécurité Sociale dans un délai de quinze (15) jours au minimum et de trois (03) mois au maximum qui suivent la première constatation médicale de la maladie.

Référence : .....

Date de dépôt : .....

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

Nom : .....

(Nom de jeune fille)

N° Immatriculation .....

Prénom : .....

Nationalité : .....

Pays d'origine : .....

Adresse : .....

Profession : .....

Qualification professionnelle : .....

Poste occupé ainsi que la nature des travaux présumés avoir engendré l'affection d'origine professionnelle : .....

Durée d'exposition : .....

Date de cessation d'exposition au risque : .....

Nature de la maladie : .....

Constatée le : .....

un dossier médical pour cette maladie a-t-il déjà été déposé dans le cadre des assurances sociales ?

OUI  NON  <sup>(1)</sup>

- Si OUI, a-t-il donné lieu à une indemnisation ?

OUI  NON  <sup>(1)</sup>

- Si OUI, à quelle date ? : .....

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR AU SERVICE DUQUEL LA MALADIE A ÉTÉ CONTRACTÉE

Nom et Prénom : .....

ou

Raison Sociale : .....

N° Adhérent .....

Adresse où le malade travaille ou travaillait habituellement .....

Période d'emploi du : .....

Fait à ..... , le .....

Signature du Déclarant  
(nom, prénom et qualité du signataire)

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

Joindre deux(02) exemplaire du certificat médical initial prévu à cet effet établi par le médecin traitant ainsi que les certificats ou attestations de travail établis par les employeurs successifs

\* La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations.

## تصريح بمرض مهني

تملاً في خمس (05) نسخ من طرف الضحية أو ذوي الحقوق  
وتنرسل إلى مؤسسة الضمان الاجتماعي خلال مدة خمسة عشر  
(15) يوماً على الأقل وثلاثة (03) أشهر على الأكثر التي تلي  
المعاينة الطبية الأولى للمرض.

تأشيره المنشأة

المرجع : ..... تاريخ الاداع : .....

## معلومات خاصة بالمريض

اللقب : ..... (الاسم الأصلي للزوجة)	الإسم : ..... رقم التسجيل
الجنسية : ..... البلد الأصلي : ..... العنوان : .....	المهنة : ..... التأهيل المهني : .....
المهنة : ..... المنصب المشغول مع طبيعة الأعمال التي قد تكون سبباً في المرض المهني : ..... مدة التعرض للخطر : ..... تاريخ توقف التعرض للخطر : ..... طبيعة المرض : ..... تاريخ معاينة المرض : .....	الملف الطبي لهذا المرض، هل وضع في إطار التأمينات الاجتماعية؟ إذا كان نعم، هل نجم عنه تعويض؟ ..... نعم <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> إذا كان نعم ما هو تاريخ التعويضات؟ : .....

## معلومات خاصة بصاحب العمل أين تعرض الضحية للمرض

اللقب، الإسم : ..... أو ..... رقم صاحب العمل	المقر الاجتماعي : ..... مكان عمل المريض : ..... فترة العمل من : ..... إلى : .....
--	---

حرر بـ ..... في ..... ،

(1) ضع علامة (X) في الخانة المناسبة

توقيع المصرح  
(الاسم واللقب وصفة الموقع)

ترفق بنسختين (02) من الشهادة الطبية الأولية المخصصة لهذا الغرض مسلمة من الطبيب المعالج  
وكذا شهادات العمل مقسمة من طرف أصحاب العمل على التوالي.

\* كل شخص يقوم بتزوير أو يدللي بتصريرات غير صحيحة يعاقب من طرف القانون.