

قرار لوزير الشغل والإدماج المهني بتحديد نماذج الشواهد الطبية المنصوص عليها في المواد 19 و20 و21 و22 (الفقرة الثانية) و24 من القانون رقم 18.12 الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.14.190 بتاريخ 6 ربيع الأول 1436 (29 ديسمبر 2014) المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل

**قرار لوزير الشغل والإدماج المهني رقم 137.19 صادر في 17 من جمادى الأولى 1440 (24 يناير 2019) بتحديد نماذج الشواهد الطبية المنصوص عليها في المواد 19 و20 و21 و22 (الفقرة الثانية) و24 من القانون رقم 18.12 الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.14.190 بتاريخ 6 ربيع الأول 1436 (29 ديسمبر 2014) المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل<sup>1</sup>**

وزير الشغل والإدماج المهني،

بناء على القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.14.190 بتاريخ 6 ربيع الأول 1436 (29 ديسمبر 2014)، ولاسيما المواد 19 و20 و21 و22 (الفقرة الثانية) و24 منه؛  
وعلى المرسوم رقم 2.15.559 الصادر في 21 من ذي الحجة 1436 (5 أكتوبر 2015) بشأن تفويض السلط إلى وزير التشغيل والشؤون الاجتماعية، ولاسيما المادة الأولى منه،  
قرر ما يلي:

#### المادة الأولى

- تحدد، كما هو ملحق بهذا القرار، نماذج الوثائق التالية، المنصوص عليها في المواد 19 و20 و21 و22 (الفقرة الثانية) و24 من القانون المشار إليه أعلاه رقم 18.12:
- الشهادة الطبية الأولية وشهادة التمديد وشهادة استئناف العمل وشهادة الانتكاس (نموذج رقم 1)؛
  - شهادة الشفاء (نموذج رقم 2)؛
  - الشهادة الطبية أو التقرير الطبي لتحديد نسبة العجز (نموذج رقم 3).

#### المادة الثانية

ينشر هذا القرار في الجريدة الرسمية.  
وحرر بالرباط في 17 من جمادى الأولى 1440 (24 يناير 2019).  
الإمضاء: محمد يتيم.

1 - الجريدة الرسمية عدد 6770 بتاريخ 12 شعبان 1440 (18 أبريل 2019)، ص 2010.

**شهادة طبية متعلقة بحوادث الشغل (نموذج رقم 1)**  
**Certificat médical relatif aux accidents du travail (Modèle n° 1)**

شهادة إلتكاس  
Certificat de rechute

شهادة استئناف العمل  
Certificat de reprise du travail

شهادة التمديد  
Certificat de prolongation

الشهادة الطبية الأولية  
Certificat médical initial

المواد 19 و 20 و 24 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل  
 Articles 19, 20 et 24 de la loi n° 18-12 relative à la réparation des accidents du travail

معلومات خاصة بالطبيب (5) المعالج (6) Informations concernant le médecin traitant

أنا الموقع (6) أسفله : \_\_\_\_\_  
 مقر العمل : \_\_\_\_\_  
 الرقم الوطني لمهني الصحة والمؤسسات العلاجية : \_\_\_\_\_  
 رقم الهاتف : \_\_\_\_\_  
 أشهد أني فحصت بتاريخ : \_\_\_\_\_  
 Certifie avoir examiné en date de : \_\_\_\_\_

وحسب تصريحات : المصاب (6) ou documents présentés par la victime ou son accompagnant

المرافق له (6) son accompagnant

معلومات خاصة بالمصاب Informations concernant la victime

الصيد (6) : \_\_\_\_\_  
 الحامل (6) للبطاقة الوطنية للتعريف الإلكترونية رقم : \_\_\_\_\_  
 المهنة : \_\_\_\_\_  
 Monsieur/Madame : \_\_\_\_\_  
 Titulaire de la CNI N° : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_

معلومات عن حادثة الشغل Informations concernant l'accident du travail

تاريخ وقوع الحادثة : \_\_\_\_\_  
 ساعة وقوعها : \_\_\_\_\_  
 صنفها (عادية، حادثة سير، اعتداء، طريق العمل) : \_\_\_\_\_  
 مكان وقوعها : \_\_\_\_\_  
 Date de l'accident : \_\_\_\_\_  
 Heure de l'accident : \_\_\_\_\_  
 Sa catégorie (simple, Accident de Circulation, Agression, trajet...) : \_\_\_\_\_  
 Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_

معلومات خاصة بالمشغل Informations concernant l'employeur

المشغل : \_\_\_\_\_  
 المقر الإقليمي : \_\_\_\_\_  
 رقم بوليصة التأمين : \_\_\_\_\_  
 L'Employeur : \_\_\_\_\_  
 Siege social : \_\_\_\_\_  
 N° Police d'assurance : \_\_\_\_\_

الحالة الصحية للمصاب (6) Etat de santé de la victime

نتيجة الفحص الطبي : \_\_\_\_\_  
 مدة التوقف عن العمل (بالحروف والأرقام) : \_\_\_\_\_  
 مدة تمديد التوقف عن العمل : \_\_\_\_\_  
 تاريخ استئناف العمل : \_\_\_\_\_  
 شروط استئناف العمل : \_\_\_\_\_  
 Résultats de l'examen médical : \_\_\_\_\_  
 Durée de l'arrêt du travail (en lettres et en chiffre) : \_\_\_\_\_  
 Durée de prolongation de l'arrêt du travail : \_\_\_\_\_  
 Date de reprise du travail : . . / . . / . .  
 Conditions de reprise du travail : . . / . . / . .

تاريخ الإلتكاس : \_\_\_\_\_  
 أسباب الإلتكاس : \_\_\_\_\_  
 Date de la rechute : \_\_\_\_\_  
 Causes de la rechute : \_\_\_\_\_

وحرر في \_\_\_\_\_ بتاريخ \_\_\_\_\_  
 توقيع وخاتم الطبيب (6) المعالج (6)

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
 Signature et cachet du médecin traitant

**شهادة طبية متعلقة بحوادث الشغل (نموذج رقم 2)**  
**Certificat médical relatif aux accidents du travail (Modèle n° 2)**  
 شهادة الشغل  
 Certificat de guérison  
 المادة 21 و الفقرة الثانية للمادة 22 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل  
 Article 21 et paragraphe 2 de l'article 22 de la loi n° 18-12 relative à la réparation des accidents du travail

معلومات خاصة بالطبيب (ع) المعالج (ع)

Informations concernant le médecin traitant

أنا الموقع (ع) أسفله: .....  
 مقر العمل: .....  
 الرقم الوطني لمبني الصحة والمؤسسات العلاجية: .....  
 أشهد أني فحصت بتاريخ: .....

معلومات خاصة بالمصاب

Informations concernant la victime

المسيد (ع): .....  
 العامل (ع) للمطابقة الوطنية للتعريف الإلكتروني ورقم .....  
 المصاب (ع) بحادثة شغل بتاريخ: .....  
 تاريخ الشفاء: .....

معلومات خاصة بالمشغل

Informations concernant l'employeur

المشغل: .....  
 المقر الاجتماعي: .....  
 رقم بوليصة التأمين: .....

نتائج الفحص الطبي (إطار خاص بالطبيب (ع) المعالج (ع))

Résultats de l'examen médical (Cadre réservé au médecin traitant)

الآثار النهائية المترتبة عن الحادثة

Les séquelles définitives suite à l'accident :

1- شفاء بدون عجز مؤقت دائم عن العمل منذ تاريخ: .....  
 1- شفاء بعجز مؤقت دائم عن العمل (بالحروف .....  
 والأرقام) اعتمادا على الجدول للتعلق بالعجز المحدد طبقا للتصوير .....  
 التنظيمية الجاري بها العمل .....  
 وحررتي بتاريخ: .....  
 توقيع وخاتم الطبيب (ع) المعالج (ع)

توقيع وخاتم الطبيب (ع) المعالج (ع)

نتائج الفحص الطبي (إطار خاص بالطبيب (ع) المعالج (ع) والطبيب (ع) الخبير (ع) المنتدب (ع) من طرف المقاول المؤمنة للمشغل)

Résultats de l'examen médical (Cadre réservé au médecin traitant et au médecin expert délégué par l'entreprise d'assurance de l'employeur)

الآثار النهائية المترتبة عن الحادثة:

Les séquelles définitives suite à l'accident :

1- شفاء بدون عجز مؤقت دائم عن العمل منذ تاريخ: .....  
 1- شفاء بعجز مؤقت دائم عن العمل (بالحروف والأرقام) .....  
 تحديد نسبة العجز من قبل الطبيب (ع) المعالج (ع) باتفاق مشترك .....  
 مع الطبيب (ع) الخبير (ع) المنتدب (ع) من قبل المقاول المؤمنة للمشغل .....  
 (اعتمادا على الجدول للتعلق بالعجز المحدد طبقا للتصوير التنظيمية الجاري بها العمل .....  
 وحررتي بتاريخ: .....  
 توقيع وخاتم الطبيب (ع) المعالج (ع) .....  
 توقيع وخاتم الطبيب (ع) الخبير (ع) المنتدب (ع) .....  
 من قبل المقاول المؤمنة

توقيع وخاتم الطبيب (ع) المعالج (ع)

توقيع وخاتم الطبيب (ع) الخبير (ع) المنتدب (ع)

من قبل المقاول المؤمنة

في حالة عدم توفيق الطبيب (ع) المعالج (ع) والطبيب (ع) الخبير (ع) المنتدب (ع) من قبل المقاول المؤمنة للمشغل إلى إبرام حوّل تحديد نسبة العجز - يدين التعلد بأحكام الفقرة الثانية من المادة 22 من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل (نموذج رقم 2)

En cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin expert délégué par l'entreprise d'assurance de l'employeur sur le taux d'incapacité, il faut se référer aux dispositions du 2<sup>ème</sup> paragraphe de l'article 22 de la loi 18.12 relative à la réparation des accidents de travail (exemplaire N°3)

N.B : Le présent certificat est établi et remis au victime d'accident en 4 exemplaires.

ملحوظة: تصدر هذه الشهادة في 4 نظائر تسلم للمصاب بالحادثة.

(تمودج رقم 3 - 3 - 3 (Modèle n° 3 - 3 - 3))

التقرير الطبي المتعلق بتحديد نسبة العجز  
**Rapport médical déterminant le taux  
 d'incapacité**

الشهادة الطبية المتعلقة بتحديد نسبة العجز  
**Certificat médical déterminant le taux  
 d'incapacité**

المادة 22، الفقرة الثانية من القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل  
 Article 22, paragraphe 2 de la loi n° 18-12 relative à la réparation des accidents du travail

معلومات خاصة بالطبيب (ة) الخبير (ة) المختص (ة)	معلومات خاصة بالمصاب
Informations concernant le médecin expert spécialisé	معلومات خاصة بالمصاب
Je soussigné(e) : .....	أنا الموقع أسفله : .....
Lieu du travail : .....	مقر العمل : .....
Code INPE : .....	الرقم الوطني لمهني الصحة والمؤسسات العلاجية
N° Téléphone : .....	رقم الهاتف : .....
Certifie avoir examiné en date du : .....	أشهد ألي فحصت بتاريخ : .....
Informations concernant la victime	معلومات خاصة بالمصاب
Monsieur/Madame : .....	السيد (ة) : .....
Titulaire de la CNIE N° : .....	العامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف الإلكترونية رقم : .....
Victime d'un accident du travail survenu le : .....	المصاب (ة) بحادثة شغل بتاريخ : .....
Assuré(e) auprès de l'entreprise d'assurance : .....	المؤمن (ة) لدى مقاول التأمين : .....
Informations concernant l'employeur	معلومات خاصة بالمشغل
L'Employeur : .....	المشغل : .....
Siège social : .....	المقر الاجتماعي : .....
N° Police d'assurance : .....	رقم بوليصة التأمين : .....
Résultats de l'examen médical ( Cadre réservé au médecin expert spécialisé )	نتائج الفحص الطبي ( إطار خاص بالطبيب (ة) الخبير (ة) المختص (ة) )
Les séquelles définitives suite à l'accident : .....	الآثار النهائية المترتبة عن الحادثة : .....
Guérison sans incapacité partielle permanente depuis la date du .....	شفاء بدون عجز مؤقت دائم عن العمل منذ تاريخ : .....
Guérison avec incapacité partielle permanente (en lettre et en chiffre) .....	شفاء بعجز مؤقت دائم عن العمل (بالحروف والأرقام) .....
sur la base du barème indicatif d'incapacité fixé par les textes réglementaire en vigueur	إعتمادا على الجدول المتعلق بالعجز المحدد طبقا للنصوص التنظيمية الجاري بها العمل
Fait à ..... Le .....	وحرر في ..... بتاريخ .....
Signature et cachet du médecin expert spécialisé	توقيع وخاتم الطبيب (ة) الخبير (ة) المختص (ة)

NB: ce certificat médical ou ce rapport médical doit être établi en 4 exemplaires et présenté dans un délai maximum d'un mois à compter de la date de désignation du médecin expert spécialisé (article 22 de la loi 18.12)

ملحوظة: تحرر هذه الشهادة أو التقرير الطبي في 4 نطائر ويسلم داخل أجل أقصاه شهر من تاريخ تعيين الطبيب الخبير المختص (المادة 22 من القانون رقم 18.12)