

## CERTIFICAT MEDICAL D'INCAPACITE DE TRAVAIL

### A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT DE L'ASSURE(E)

*Afin de ne pas retarder l'étude du dossier, notre Médecin Conseil attire votre attention sur le fait que seul un certificat dûment complété, daté, signé et revêtu de votre cachet sera étudié.  
Le certificat ne devra comporter aucune rature, ni surcharge.  
A défaut le document sera considéré non recevable.*

**Pour garantir la confidentialité des informations communiquées,  
ce document pourra être remis sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil.**

**Identification de l'assuré(e) :**  Madame  Monsieur

Nom de l'assuré(e) : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Profession : .....

Adresse actuelle : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**Etes-vous le médecin traitant de l'assuré(e) ?**  oui  non

Si oui, depuis quand ? .....

**Motif de l'arrêt de travail actuel :**

1. **Date de l'arrêt de travail :** ...../...../..... **Date de 1<sup>ère</sup> constatation médicale de l'affection :** ...../...../.....

L'arrêt de travail résulte-t-il ?  d'une maladie  d'un accident

2. **S'agit-il d'une rechute ?**  oui  non Si oui, date du premier arrêt : ...../...../.....

3. **Motif de l'arrêt de travail en cours :**

.....  
.....

4. **L'assuré(e) suit-il(elle) actuellement un traitement médical ou reçoit-il(elle) des soins liés à l'affection ayant entraîné l'arrêt de travail ?**  oui  non

• Si oui, nature du traitement médical et/ou des soins en cours : .....

.....  
.....

Si oui, date de début de traitement : ...../...../.....

5. **Des investigations médicales ont-elles été réalisées ?**  oui  non

Si oui, lesquelles ? .....

.....  
.....

6. **Une hospitalisation a-t-elle été nécessaire ou est-elle à prévoir ?**  oui  non

Si oui, préciser les périodes : .....

.....  
.....

7. **Une intervention chirurgicale a-t-elle été nécessaire ou est-elle à prévoir ?**  oui  non

• Si oui, nature de l'intervention : .....

• Si oui, date de l'intervention : ...../...../.....

**Avant l'arrêt de travail actuel :**

L'assuré(e) a-t-il(elle) eu, en liaison ou non avec l'affection actuelle :

- 8. Des arrêts de travail pour raison de santé ?**  oui  non Si oui, préciser :
- Date ...../...../..... Motif : ..... Durée : .....
  - Date ...../...../..... Motif : ..... Durée : .....
- 9. Des hospitalisations ?**  oui  non  
**Et/ou interventions chirurgicales ?**  oui  non
- Si oui, à quelles dates : ...../...../....., ...../...../....., ...../...../....., ...../...../.....
  - Si oui, pour quel(s) motifs ? : .....
- 10. D'autres affections(ou séquelles d'accident ou de maladie) aggravant ou non l'état actuel ?**  oui  non Si oui :
- Nature de l'affection : .....  
Date de première constatation médicale : ...../...../.....  
Si traitement : dates : du ...../...../..... au ...../...../.....  
Nature du traitement : .....
  - Nature de l'affection : .....  
Date de première constatation médicale : ...../...../.....  
Si traitement : dates : du ...../...../..... au ...../...../.....  
Nature du traitement : .....

**Actuellement :**

- 11. L'assuré(e) bénéficie-t-il(elle) d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale ou par un autre organisme assimilé ?**  oui  non
- Si oui, depuis quelle date ? ...../...../.....
  - Si oui, nom de l'organisme : .....
- 12. L'assuré(e) a-t-il(elle) repris une activité professionnelle ?**
- oui, à mi-temps  oui, à temps complet  non, pas de reprise
- Si oui, depuis quelle date ? ...../...../.....
- Si non, quelle est la durée probable de l'arrêt en cours ? .....

**Observations :** .....

**Certificat médical établi à la demande de l'assuré(e) et remis en mains propres à ce(tte) dernier(ère) pour faire valoir ce que de droit.**

Fait à : ..... le : ...../...../.....

Cachet et signature du médecin

**Les documents sont à envoyer sous pli confidentiel à :****SERVICE MEDICAL****A l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur****42 Boulevard Alexandre Martin****45057 ORLEANS CEDEX 1**

**Art décrets n°79-506 du 28 Juin 1979 portant sur le code de déontologie médicale : « La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ».**

**Les honoraires liés à l'établissement des différents certificats médicaux (volets) ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'Assureur.**