

CERTIFICAT MEDICAL D'INVALIDITE OU D'EVOLUTIVITE

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 ?

1. **Motif de la prolongation de l'arrêt de travail :** Date de l'arrêt de travail initial :/...../.....

2. **Nature de l'affection en cours :**

3. **Nouvelle(s) affection(s) apparue(s) depuis le début de l'arrêt de travail :**

.....
.....
.....

4. **Evolution de l'état de santé depuis le début de l'arrêt de travail :**

.....
.....
.....

5. **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 ?

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

Si oui, préciser la nature et les périodes d'hospitalisation :

.....
.....
.....

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

Si oui, préciser la nature et les périodes d'intervention chirurgicale :

.....
.....
.....

8. Quelles ont été les investigations médicales effectuées depuis le début de l'arrêt de travail ?

.....

9. Quel est le traitement actuellement suivi ?

.....

10. **Si l'assuré(e) est assujetti(e) au régime de Sécurité sociale ou par un autre organisme assimilé :**

Une invalidité a-t-elle été prononcée ? oui non

• Si oui, catégorie ou taux : date de notification (joindre la copie) :/...../.....

• Si non, une demande est-elle en cours ? oui non

11. **Si l'assuré(e) est non assujetti(e) au régime de Sécurité sociale ou par un autre organisme assimilé :**

Son état justifie-t-il une mise en invalidité ? oui non

• Si oui, préciser la catégorie :

• Si oui, éléments objectifs en faveur de celle-ci :

.....

12. Une mise à la retraite est-elle envisagée ? oui non

Si oui, à quelle date ?/...../.....

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.