

## CERTIFICAT MEDICAL DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

### 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 la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :**

1. **Nature de l'affection à l'origine de l'invalidité :** .....

Date de 1<sup>ère</sup> constatation médicale : ...../...../.....

2. **Date de consolidation de l'état de santé :** ...../...../.....

Éléments attestant de cette consolidation : .....

.....

3. **Nature et dates du traitement médical et/ou des soins en cours :** .....

.....

4. **Nature et dates exactes des hospitalisations effectuées** (joindre la copie des comptes-rendus) :

.....

.....

5. **Nature, dates exactes et résultats des examens pratiqués au cours des 6 derniers mois** (joindre les copies) : .....

.....

.....

.....

6. **Description de l'état de santé actuel :** .....

.....

.....

.....

7. **L'assuré(e) est-il(elle) obligé(e) d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ?**

- **Pour se laver** : la capacité de se laver dans la baignoire ou de prendre une douche (y compris entrer et sortir de la baignoire ou de la douche) ou de se laver de manière satisfaisante par un autre moyen  oui  non
- **Pour s'habiller** : la capacité de mettre, d'enlever, d'attacher et de défaire tous les vêtements et, selon le cas, tout appareil ou matériel orthopédique ou prothétique ou tout autre appareil chirurgical  oui  non
- **Pour se nourrir** : la capacité de se nourrir soi-même une fois la nourriture préparée et mise à disposition  oui  non
- **Pour aller aux toilettes** : la capacité d'utiliser les toilettes ou de contrôler par un autre moyen les fonctions intestinales et vésicales afin de maintenir une hygiène personnelle satisfaisante  oui  non
- **Pour se déplacer** : la capacité de se déplacer d'une pièce à une autre sur des surfaces planes  oui  non
- **Pour se mouvoir/se transférer** : la capacité d'aller du lit à un fauteuil à dossier droit ou à un fauteuil roulant, et vice versa  oui  non

Si la réponse à l'une des questions ci-dessus est oui, préciser la nature de cette aide : .....

.....

8. **L'assuré(e) est-il(elle) assujéti(e) au régime de la Sécurité sociale ou d'un autre organisme assimilé ?**  oui  non

- Si oui, a-t-il(elle) été reconnu(e) en invalidité par cet organisme ?  oui  non  
Si oui, catégorie ou taux : ..... date de notification (joindre la copie) : ...../...../.....
- Si non, bénéficie-t-il(elle) d'une majoration de rente pour l'assistance d'une tierce personne par un autre organisme ? (joindre les justificatifs le cas échéant)  oui  non

9. **L'assuré(e) est-il(elle) assujéti(e) au régime de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (ex : MDPH) ?**  oui  non

10. **L'assuré(e) est-il(elle) suivi(e) pour d'autres affections ?**  oui  non

Si oui, lesquelles : .....

Date de 1<sup>ère</sup> constatation médicale : ...../...../.....

Traitements, avec dates exactes: .....

.....

**Observations** : .....

.....

**Certificat médical établi à la demande de l'assuré(e) et remis en mains propres à ce(tte) dernier(ère) ou à son représentant légal 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.**