



# CERTIFICAT MEDICAL DE SUIVI D'INCAPACITE DE TRAVAIL

*Confidentiel*

Pour effectuer le suivi de votre dossier, vous voudrez bien nous retourner le présent document complété par vous-même et votre médecin traitant pour la partie médicale, en y joignant tout justificatif en votre possession.

**A défaut de réponse sous 30 jours, QUATREM considèrera que vous ne donnez pas suite à votre demande d'indemnisation et clôturera en conséquence votre dossier.**

Ce certificat doit être retourné à l'aide de l'enveloppe médicale jointe, destiné à :

**M. le Médecin Conseil de QUATREM  
59/61, rue La Fayette – BP 460.09 – 75423 PARIS CEDEX 09**

Nom de l'assuré(e) : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Profession exercée : .....
Numéro de sécurité sociale : .....	
Adresse : .....	
Code Postal : .....	Commune : .....
Numéro de contrat : .....	

## **INFORMATIONS**

Vous êtes tenu de produire, à vos frais, toutes attestations médicales requises par le Médecin Conseil de QUATREM.

En l'absence de réponse précise à l'une des questions, un contrôle auprès d'un médecin pourra être envisagé.

**A R E M P L I R P A R L E M E D E C I N T R A I T A N T**

Date d'arrêt de travail : ..... accident  maladie

Nature de l'affection justifiant l'arrêt de travail actuel : .....

.....

L'assuré est-il suivi pour d'autres affections ? OUI  NON

Lesquelles ? ❶ .....  
 ❷ .....  
 ❸ .....

Date de la première constatation médicale de chaque affection : ❶ ...../...../..... ❷ ...../...../..... ❸ ...../...../.....

Etat clinique actuel : .....

.....

Nature des traitements actuels (médical, chirurgical, autres) et durée : .....

.....

D'autres traitements sont-ils envisagés ? OUI  NON

Si **OUI**, lesquels et dans quel délai ? .....

A-t-il été hospitalisé ? OUI  NON  En réanimation ? OUI  NON

Si **OUI**, à quelle(s) date(s), durée(s) et pour quel(s) motif(s): .....

A-t-il subi une intervention chirurgicale ? OUI  NON

Si **OUI**, laquelle (lesquelles) et à quelle(s) date(s) .....

L'assuré a-t-il besoin d'une aide permanente pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne ? OUI  NON

Se déplacer : OUI  NON  Se laver : OUI  NON  S'habiller : OUI  NON  S'alimenter OUI  NON

**E v o l u t i o n s p r é v i s i b l e s**

Quelle est la date probable de : consolidation : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| reprise d'activité : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

L'assuré pourrait-il reprendre une **autre activité professionnelle** ? OUI  NON

A temps partiel ? OUI  NON  A temps complet ? OUI  NON

Si **OUI**, laquelle et à quelle date : .....

Une invalidité est-elle envisagée ? OUI  NON  Catégorie : .....

Une allocation pour tierce personne est-elle en cours de demande ? OUI  NON

Certificat remis en mains propres à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit.

Date, signature et cachet du médecin