



CERTIFICAT MEDICAL DETAILLE D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Confidentiel

Pour faciliter l'étude 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 :		
Précisez si votre activité professionnelle est :			
Sédentaire <input type="checkbox"/>	Manuelle <input type="checkbox"/>	Avec déplacements <input type="checkbox"/>	Avec efforts physiques <input type="checkbox"/>
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 des blessures ou de la maladie :

Date de la première constatation médicale de l'affection :

Etat clinique actuel :

Nature des traitements reçus et durée(s) :

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

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

A n t é c é d e n t s M é d i c a u x

Lors de son adhésion, l'assuré faisait-il l'objet d'une surveillance médicale ? OUI NON

Si **OUI**, précisez :

Quelle(s) affection(s)	❶	❷	❸
Date de début	❶ _ _ _ _ _ _ _ _	❷ _ _ _ _ _ _ _ _	❸ _ _ _ _ _ _ _ _
Traitement	❶	❷	❸
Durée du traitement	❶	❷	❸

Avant cet arrêt de travail, l'assuré a-t-il été hospitalisé ? OUI NON

Si **OUI**, pour quelle(s) affection(s), à quelle(s) date(s) et dans quel(s) service(s) ?

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

Si **OUI**, laquelle et à quelle date ?

Lui avait-on prescrit un arrêt d'activité ? OUI NON

Si **OUI**, date(s) et durée(s) ?

Etait-il exonéré du Ticket Modérateur pour une affection longue durée ? OUI NON

Pour quelle(s) affection(s) ? A quelle(s) date(s) ?

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

Date, signature et cachet du médecin

INFORMATIONS

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