

Attestation
Médicale
Confidentielle

→ À l'attention du **Médecin traitant de l'Assuré(e)**

Pour permettre à l'Assureur le traitement de votre demande de prestations dans les meilleurs délais, j'attire votre attention sur la nécessité :

- de compléter **intégralement** cette attestation médicale confidentielle, **de la dater et d'y apposer votre cachet et votre signature,**
- une fois l'attestation dûment complétée, datée et signée, de la remettre à l'assuré(e) afin qu'il l'adresse au médecin-conseil de l'Assureur, dans les plus brefs délais, **à l'aide de l'enveloppe jointe à cet effet.**

→ À l'attention de **l'Assuré(e)**

IMPORTANT

Merci de vérifier avant l'envoi au médecin-conseil de l'Assureur que l'attestation a bien été intégralement complétée, datée et comporte le cachet et la signature de votre médecin traitant.

Selon l'avis de son médecin-conseil, l'Assureur se réserve le droit :

- soit de diligenter une expertise médicale afin d'apprécier votre état d'incapacité ou d'invalidité et de déterminer vos droits au versement des prestations,
- soit de refuser ou d'interrompre le versement des prestations.

Assuré d'avancer



Attestation Médicale Confidentielle

A compléter, dater et signer par le médecin traitant de l'assuré(e)



Nom et Prénom de l'assuré(e) : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Profession : _____

Nom de l'entreprise : _____
N° de contrat : _____
Unité : _____

1. Depuis quelle date l'assuré(e) est-il votre patient ? _____ et êtes-vous le médecin prescripteur des arrêts de travail ? oui non
2. Date de l'arrêt de travail : _____
3. Résumé du passé pathologique notable du malade (affection congénitale ou acquise ou accident sans rapport avec l'arrêt de travail actuel) :

_____ Date : _____

_____ Date : _____

_____ Date : _____
4. S'agit-il d'une grossesse pathologique ? oui non Si oui, date présumée de l'accouchement : _____
Date du début du congé légal de maternité : _____
5. S'agit-il d'un accident ? oui non
Si oui, est-ce un : accident de circulation ? accident du travail ? accident dû à la pratique d'un sport ? autre accident ?
Précisez les circonstances de sa survenue, la nature et le siège des lésions : _____

6. S'agit-il d'une maladie ? oui non Si oui, laquelle ? _____
Date d'apparition des premiers troubles : _____ Date de la 1^{ère} consultation : _____
7. Y a-t-il eu hospitalisation ? oui non Si oui, date d'entrée : _____ et de sortie : _____
Y a-t-il eu intervention chirurgicale ? oui non Si oui, date et nature : _____
8. Des examens complémentaires ont-ils été réalisés ? oui non .Si oui, joindre une copie des résultats (à l'exclusion des résultats issus de tests génétiques)
9. État actuel (état clinique, nature des traitements en cours ou envisagés, hospitalisations, pathologies associées ou secondaires) :

10. Votre patient bénéficie-t-il ou a-t-il bénéficié d'une prise en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale (exonération du ticket modérateur) ? oui non
Si oui, pour quelle affection ? _____ et depuis quelle date ? _____
ou pour la période du _____ au _____
11. Y a-t-il eu un ou plusieurs arrêt(s) de travail antérieur(s) à l'arrêt actuel pour la même affection, sur prescription médicale ? oui non
Si oui, quand et pendant combien de temps ? _____
12. Y a-t-il eu reprise des activités professionnelles ? oui non Si oui, à quelle date ? _____
Si non : - la pathologie à l'origine de l'arrêt de travail s'est-elle : améliorée stabilisée aggravée ?
- le traitement médical est-il : inchangé modifié ?
Si modifié : Lequel _____ Posologie _____ Durée de prescription _____
Lequel _____ Posologie _____ Durée de prescription _____
13. Perspectives d'évolution :
 Amélioration dans les _____ prochains mois
 Reprise du travail envisagée : à temps complet à temps partiel A quelle date ? _____
 Stabilisation ou consolidation dans les _____ prochains mois
 Aggravation depuis le : _____
 Invalidité : 1^{ère} catégorie 2^{ème} catégorie 3^{ème} catégorie Date d'attribution : _____

Le présent document a été établi à la demande de l'assuré et lui a été remis en main propre pour faire valoir ce que de droit ; à charge pour l'assuré de l'adresser au médecin conseil de l'Assureur au moyen de l'enveloppe jointe à cet effet à l'adresse suivante : Groupama Gan Vie - Service Médical Collectives - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉ. L'assuré(e) accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé, nécessaires à la gestion de ses garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical. L'assuré(e) dispose d'un droit d'accès et de rectification en s'adressant au médecin conseil de l'assureur.

CACHET OBLIGATOIRE

Fait à _____, le _____

Signature