

TYPE DE CONTRAT

• Individuel

Produit : _____

N° : _____

• Collectif

N° : _____

MÉDECIN CONSEIL DE LA PRÉVOYANCE MUTEX
125, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex

CACHET DE L'ORGANISME

Vous devez remplir en totalité la 1^{re} page de ce document, faire compléter les pages 2 et 3 par votre médecin traitant, puis l'adresser, après avoir signé au bas de la page 3, sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la mutuelle dont l'adresse figure ci-dessus, dans l'enveloppe jointe.

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E) - À REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E)

Nom et Prénom de l'assuré(e) : _____

Date de naissance : □□□□□□□□

À tout moment, vous pouvez être contrôlé(e) à votre domicile par un médecin mandaté par MUTEX comme l'autorisent les conditions générales.

Adresse habituelle de l'assuré(e) :

Étage : _____ Porte : _____ Digicode : _____

N° de téléphone : _____ N° de téléphone portable : _____

Profession exacte : _____ Salarié(e) Non salarié(e)

Travail sédentaire Travail physique Conduite de véhicule

Si vous êtes chef d'entreprise, veuillez préciser le nombre exact de salariés : _____

Adresse complète à laquelle le malade peut être visité :

Étage : _____ Porte : _____ Digicode : _____

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ(E) - À REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E)

Date du début de l'arrêt de travail : □□□□□□□□

Avez-vous été hospitalisé(e) ? OUI NON

Si OUI, du □□□□□□□□ au □□□□□□□□

Joindre la photocopie des comptes rendus

S'agit-il d'un accident ? OUI NON Si OUI, date □□□□□□□□

Type d'accident : de travail de la circulation de sport autre : _____

Avec tiers responsable OUI NON

S'agit-il d'une rechute ? OUI NON Si OUI, date □□□□□□□□

Arrêt de travail initial

EN CAS DE MALADIE :

- Pathologie du rachis OUI NON Cervicalgies Dorsalgies Lombalgies
- Avec radiculalgies OUI NON Traitement médical OUI NON
- Traitement chirurgical envisagé/effectué OUI NON date []
- Dépression nerveuse OUI NON Réactionnelle OUI NON
- Pathologie psychiatrique OUI NON Préciser : _____
- Si l'arrêt de travail est dû à une autre maladie, donner des précisions : _____
- _____
- _____

- Concernant la pathologie à l'origine de l'arrêt de travail, indiquer :

Date des 1^{ers} symptômes : []

Date de la 1^{re} consultation : []

Votre patient a-t-il déjà été traité pour cette pathologie. Si oui préciser la date : []

Traitements : (joindre la photocopie des ordonnances)

Durée probable de l'arrêt de travail : _____

EN CAS DE GROSSESSE :

Date de début de grossesse : []

Date prévue de l'accouchement : []

En cas de grossesse pathologique préciser la cause : _____

EN CAS D'ACCIDENT :

• Date et circonstances de l'accident : [] _____

Nature des lésions : _____

• Traitement : _____

• Durée probable de l'arrêt de travail : _____

• Date de consolidation : []

Prolongation d'arrêt de travail

• Date de l'arrêt initial : []

• Prolongation : du [] au []

Motif de la prolongation : _____

• Traitement : _____

• À quelle date peut-on envisager la consolidation : []

• Y aura-t-il des séquelles gênant l'activité professionnelle? OUI NON

• À quelle date peut-on envisager la reprise de travail : []

PRÉCISER LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES EFFECTUÉS :

DATE	NATURE DE L'EXAMEN	RÉSULTATS (joindre la photocopie des comptes rendus)

Le médecin conseil se réserve le droit de demander une contre visite ou une expertise.

LE JOUR DE L'EXAMEN VOTRE PATIENT EST-IL CAPABLE :

• **d'exercer son activité :**

- à temps complet OUI NON depuis le
- à temps partiel OUI NON depuis le
- avec aménagement du poste OUI NON

• **d'exercer une quelconque activité sans tenir compte de ses aptitudes professionnelles :**

- à temps complet OUI NON depuis le
- à temps partiel OUI NON depuis le

Préciser quel type d'activité et dans quelles conditions d'exercice : _____

• **de se déplacer seul à l'extérieur** OUI NON depuis le

• **si votre patient est toujours en arrêt de travail, merci de préciser s'il bénéficie de :**

- Sorties autorisées : de _____ heures à _____ heures
- Sortie non autorisées

• **si votre patient a repris le travail, veuillez indiquer la date :**

Les frais de ce certificat sont à la charge de l'assuré(e), sauf si le remboursement est prévu contractuellement et dans ce cas, l'indemnisation est effectuée sur la base de 1C ou 1CS (tarif conventionnel secteur 1).

Le :

CACHET DU MÉDECIN

Signature du médecin

Certificat confidentiel à faire signer et à remettre à l'intéressé

Les données collectées dans ce questionnaire sont indispensables à la prise en compte de la gestion de votre adhésion. Mutex met en oeuvre un traitement de données à caractère personnel et confidentiel, afin de gérer vos garanties. Les données collectées sont indispensables à cet effet et sont destinées au service médical, sous l'autorité du Médecin Conseil de Mutex. Vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes concernant ces données, que vous pouvez exercer par courrier, accompagné d'une copie d'un titre d'identité, auprès du Médecin Conseil de Mutex, 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon cedex.

Je donne mon accord au traitement des informations de santé me concernant dans les conditions indiquées dans le présent document.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des renseignements figurant ci-dessus.

Signature de l'assuré(e)

Le _____

Avis du médecin conseil



www.mutex.fr

Assureur des garanties :
MUTEX

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, au capital de 37 302 300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex