

Cachet de l'organisme

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Type de contrat

Individuel

Collectif

N°

N°

Produit

Le traitement de votre demande de prestation nécessite des renseignements médicaux vous concernant.
Ce document est couvert par le secret médical et à ce titre, vous seul(e) pouvez le transmettre.
Veuillez remplir en totalité la 1^{re} page de ce document, faire compléter les pages 2 et 3 par votre médecin puis l'adresser,
après avoir signé la page 4, sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil.

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E) - A remplir par l'assuré(e) M^{me} M.

Nom

Prénoms

Date de naissance Droitier Gaucher

Adresse

Code postal Ville Pays

Tel portable Tel domicile

E-mail

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

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ(E) - A remplir par l'assuré(e)

Date du début de l'arrêt de travail

Avez-vous été hospitalisé(e) ? OUI NON du : au :

Joindre photocopie des comptes rendus

S'agit-il d'un accident : OUI NON Date :

Type d'accident : de travail de la circulation de sport domestique

Autre

Circonstances

Avec Tiers Responsable OUI NON

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

Mutex et votre mutuelle mettent en œuvre un traitement de données relatif à votre état de santé vous concernant afin d'assurer la gestion et le suivi de votre contrat. Ces traitements ont pour base légale votre consentement à communiquer vos données et l'intérêt légitime de Mutex à gérer votre contrat. Les données ainsi collectées sont indispensables à cet effet et sont destinées au service médical, sous l'autorité du Médecin conseil de Mutex. Ces données sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, d'opposition, de portabilité, ou de limitation du traitement de vos données. Vous disposez par ailleurs du droit de retirer votre consentement, ainsi que du droit de définir des directives sur le sort de ces données après votre décès. Vous pouvez exercer vos droits par courrier auprès du Médecin conseil de Mutex, 140 avenue de la République, CS30007, 92327 Châtillon cedex. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr.





MOTIF DE L'ARRÊT DE TRAVAIL	Réponses		Si OUI
	OUI	NON	
<ul style="list-style-type: none"> • Pathologie du rachis avec radiculalgies traitement médical traitement chirurgical envisagé / effectué • Dépression nerveuse • Pathologie psychiatrique • Fibromyalgie • Grossesse En cas de grossesse pathologique • Autres 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	cervicalgies <input type="checkbox"/> dorsalgies <input type="checkbox"/> lombalgies <input type="checkbox"/> Date : <input type="text"/> Réactionnelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Préciser : _____ Date prévue d'accouchement : <input type="text"/> Préciser la cause : _____ Préciser : _____
La maladie concernée a-t-elle nécessité : <ul style="list-style-type: none"> • Une hospitalisation • Une intervention chirurgicale • Un traitement médical • Un suivi spécialisé Concernant la pathologie à l'origine de l'arrêt de travail, indiquer : <ul style="list-style-type: none"> • Date des 1^{er} symptômes • Date de la 1^{re} consultation • Votre patient a-t-il déjà été traité pour cette pathologie ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Joindre la photocopie des comptes rendus et ordonnances</p> Du : <input type="text"/> au : <input type="text"/> Le : <input type="text"/> Préciser le type d'intervention : _____ Lequel : _____ Préciser : _____ Le : <input type="text"/> Le : <input type="text"/> Si oui, préciser la date : <input type="text"/> Traitements : _____
EN CAS D'ACCIDENT, INDIQUER S'IL S'AGIT :			
<ul style="list-style-type: none"> • D'une contusion • D'une lésion ligamentaire • D'une fracture • Traitement • Utilisation de : 2 cannes anglaises 1 canne anglaise • Ablation du matériel 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser : _____ Préciser : _____ Préciser : _____ <input type="checkbox"/> Orthopédique <input type="checkbox"/> Chirurgical <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ Du : <input type="text"/> au : <input type="text"/> Du : <input type="text"/> au : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ablation prévue le : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Pas d'ablation prévue



PRÉCISER LES EXAMENS EFFECTUÉS

Date	Nature de l'examen	Résultats <i>Joindre la photocopie des comptes rendus</i>
Date : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ARRÊTS DE TRAVAIL	Réponses		Si OUI
	OUI	NON	
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de travail initial • Prolongation d'arrêt probable • Date prévisible de consolidation 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Du : <input type="text"/> au : <input type="text"/> Du : <input type="text"/> au : <input type="text"/> Le : <input type="text"/>
Actuellement, votre patient(e) peut exercer son activité professionnelle dans les conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Au même poste avec mêmes horaires • Au même poste à temps partiel • A un poste aménagé à temps complet • A un poste aménagé à temps partiel • Une inaptitude au poste est envisagée 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis le : <input type="text"/> Pour combien de mois : <input type="text"/> Pour combien de mois : <input type="text"/> Pour combien de mois : <input type="text"/>
Actuellement, votre patient(e) peut exercer une activité professionnelle quelconque : <ul style="list-style-type: none"> • A temps complet • A temps partiel 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis le : <input type="text"/> Depuis le : <input type="text"/> Préciser quel est le type d'activité(s) envisageable(s), avec quelles restrictions : _____ _____ _____
Si l'activité professionnelle n'a pas été reprise : <ul style="list-style-type: none"> • Votre patient peut se déplacer seul à l'extérieur 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sans canne <input type="checkbox"/> Avec une canne <input type="checkbox"/> Avec deux cannes Depuis le : <input type="text"/> Préciser le périmètre de marche avec aides techniques éventuelles : _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> • Une reprise de travail peut être envisagée dans <input type="text"/> mois environ aux conditions suivantes : Au même poste avec mêmes horaires Au même poste à temps partiel A un poste aménagé à temps complet A un poste aménagé à temps partiel Une inaptitude au poste est envisagée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pour combien de mois : <input type="text"/> Pour combien de mois : <input type="text"/> Pour combien de mois : <input type="text"/>



