

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de rechute

Volet 1, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : ville : n° téléphone :
batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? ☐ d'une maladie professionnelle ? ☐
date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle (voir notice ①)
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ☐ non (2) ☐

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse : n° téléphone :
courriel :

les renseignements médicaux

● constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ②)

● conséquences

- soins (sans arrêt de travail) ☐ jusqu'au : inclus
- arrêt de travail ☐ jusqu'au : inclus
- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres :

sorties autorisées : oui ☐ à partir du non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ③)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ oui ☐ à partir du (voir notice ③)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale ☐ du au (art. L. 433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ④)

- reprise de travail à temps complet le (voir notice ⑤)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice ⑥)

● conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑦)

guérison avec retour à l'état antérieur ☐ date
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ☐ date
consolidation avec séquelles ☐ date

identification du praticien
(nom et prénom)

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date signature du praticien

CM-PRE S6909d