

INSTITUT NATIONAL DE SECURITE SOCIALE

Institué par le Décret-loi du 29 juin 1961
Sous la garantie de l'Etat

Réservé à l'INSS

MODELE A. 3

CERTIFICAT DE PROLONGATION D'INCAPACITE

SECRET MEDICAL

Identification du travailleur, victime de l'accident :

Nom :

Post-noms ou prénoms :

Surnoms :

Sexe : F/M :

Né { à : lieu : Secteur Commune

le :

Père :

Mère :

Adresse en vue du paiement :

N° d'Immatriculation à la Sécurité Sociale

Numéro de la carte d'Identité

Renseignements d'ordre administratif

Date de l'accident : Lieu : Heure :

Nom, post-noms ou prénoms de l'employeur :

Raison Sociale de l'Entreprise :

Adresse : Siège d'exploitation

CONFIDENTIEL

Renseignements d'ordre médical

Nom du Médecin examinateur : Dénomination de l'hôpital ou du dispensaire

Adresse :

Description aussi exacte que possible de l'état actuel de la victime :

Nouvelle période d'incapacité de travail à prévoir : Incapacité totale de jours, soit du au

Incapacité partielle de % pendant jours

Evolution probable de l'état de la victime : guérison sans suite / décès / incapacité permanente de Jours

Lieu où se trouve la victime :

Si la victime est hospitalisée, veuillez indiquer la date de début de l'hospitalisation et la période d'hospitalisation à prévoir :

.....

Fait à le 20..

CACHET DU MEDECIN

Signature du Médecin

N.B. : Ce certificat doit être établi lorsque l'incapacité prévue sur le Certificat de première constatation est dépassée et si elle atteint plus de 30 jours.

Le certificat de prolongation d'incapacité doit être renouvelé pour chaque période de 90 jours.

Ce certificat doit être envoyé par la voie la plus rapide à
L'INSTITUT NATIONAL DE SECURITE SOCIALE