

INSTITUT NATIONAL DE SECURITE SOCIALE

Institué par le Décret-loi du 29 juin 1961

Sous la garantie de l'Etat

Cadre réservé à l'Institut National de Sécurité Sociale

MODELE A. 4

CERTIFICAT DE GUERISON

DE DECES OU DE CONSOLIDATION DES LESIONS

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

Renseignements d'ordre médical

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

Adresse :

Date de la guérison ou de la consolidation des lésions :

Description détaillée des séquelles qui subsistent : aussi exacte que possible de l'état actuel de la victime :

Taux de l'incapacité permanente d'après le barème réglementaire en vigueur :

La victime a-t-elle besoin de l'assistance d'une tierce personne ? OUI – NON

La victime a-t-elle besoin d'appareils de prothèse ou d'orthopédie ? OUI – NON. Lesquels

La victime a-t-elle repris son travail ? OUI – NON. Date de la reprise :

Fait à le 20..

CACHET DU MEDECIN

CONFIDENTIEL

NOTE DES FRAIS DE SOIGNAGE OU D'HOSPITALISATION

Durée de l'hospitalisation : du au soit jours à FC :

Durée des soins : du au soit Jours à FC :

Service (Hôpital ou dispensaire) qui a dispensé les soins

Nom :

Adresse :

Nom du service ou de la personne à qui l'INSS doit faire le remboursement des frais de soin ou d'hospitalisation :

Adresse (ou n° du compte ou de banque de chèques postaux)

Le Gestionnaire