

Centre Régional ou Local
Adresse

**ASSURANCES SOCIALES
CERTIFICAT MEDICAL**

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ (E) :

Nom et Prénom de l'Assuré (e)
(Identité telle quelle figure sur la carte d'assuré social ou la CIN)

Date de naissance : Profession :

N° matricule à la CNSS

--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse Personnelle : Code postal

--	--	--	--

Signature de l'assuré (e)

AVIS MEDICAL

(Partie réservée au médecin contrôleur de la CNAM)

- Maladie ordinaire (MCD)
- Maladie de longue durée (MLD)
- Hospitalisation
- Accident
- Accord : nombre de jours
à compter du :
- Rejet : nombre de jours
à compter du :
Motif :

Signature
Date : Cachet :

CONFIDENTIEL

A remplir par le médecin traitant

(Prière de cacheter cette partie du certificat)

N° matricule CNSS

--	--	--	--	--	--	--	--

Je soussigné Dr exerçant à

certifie après avoir examiné ce jour l'assuré (e)
que son état de santé nécessite un arrêt de travail de à partir du

Période initiale Prolongation

Le patient est-il actuellement hospitalisé ? Oui Non ; Pour quelle durée :

Nature de l'affection :

Date de sa première constatation :

Son origine probable :

Fait à, le

Signature Cachet