



FORMULAIRE MEDICAL A L'ATTENTION DU MEDECIN CONSEIL
Invalidité - Admission

Identification de l'assuré
Matricule :
NOM : Prénoms :

Affections
Affection principale :
Date de début :
Autres affections :

Eléments de diagnostic
Etat clinique :
Résultats paracliniques :

Traitement actuel

Malade capable d'exercer une activité salarié :

- NON
OUI
OUI A TEMPS PARTIEL

Fait à le

Signature et cachet du praticien

« Formulaire confidentiel réservé à l'information du Médecin-Conseil »

« En vertu des dispositions de la Loi n°1165 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Pour plus d'informations sur les traitements mis en œuvre, vous pouvez consulter la rubrique « Protection des données nominatives » sur le site internet www.caisses-sociales.mc »