



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 »

GA - 201507290667