

CERTIFICAT MÉDICAL POUR ASSURANCE

Sinistre · Demande d'indemnisation · Documentation médicale

Dr : _____ N° RPPS : _____

Cabinet / Établissement : _____ Ville : _____

Assuré(e) / Patient(e) : _____ Date de naissance : _____

Pièce d'identité : _____ Sexe : _____

INFORMATIONS D'ASSURANCE

Assureur : _____ N° de police : _____

N° de sinistre : _____ Date du sinistre : _____

INFORMATIONS CLINIQUES

Diagnostic principal : _____ CIM-10 : _____

Traitement / actes réalisés : _____

Période de prise en charge : ____ du _____ au _____

Type de prise en charge :

☐ ambulatoire ☐ hospitalisation ☐ urgences ☐ chirurgie ☐ rééducation ☐ télémedecine

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR L'ASSUREUR :

Établi à : _____ Date : _____

Signature et cachet du médecin