



Caisse Nationale de Sécurité Sociale

Bureau Régional /Local
de

FICHE DE LIAISON Cellule ATMP- Unité du Contrôle Médical

Annexé

Référence CM :

Numéro Assuré Social	
Nom et Prénom de la victime :	
Risque Déclaré : AT du	MP constatée le
inscrite au tableau n°	
Certificat Médical : <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> de Prolongation <input type="checkbox"/> de Rechute <input type="checkbox"/> de soin établi le	

AVIS DU MEDECIN CONTROLEUR

Origine Présumée de l'affection	<input type="checkbox"/> Professionnelle <input type="checkbox"/> Non Professionnelle
Caractère sérieux de l'accident	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Incapacité temporaire jours à compter du	<input type="checkbox"/> Accord pour jours à compter du <input type="checkbox"/> Rejet pour jours à compter du
Renouvellement de Prise en Charge de Soins	<input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Rejet (à motiver)
Date de prescription(*) ou N° Facture ou N° Bulletin de Soins	Prestations à prendre en charge ou à régler
	Consultations (nombre pour chaque type) : CG : ... CS : ... CP : ... CD : ...
	Hospitalisation (code et nombre de jours) : Accompagnement en hospitalisation (code et nombre de jours) :
	Rééducation (lieu, type, nombre de séances ou de jours) : <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Hospitalisatio
	Actes Professionnels (lettre clef et coefficient selon la nomenclature officielle) : Médecin anesthésiste (nombre de KC x 3/4) soit KE Salle d'opération (nombre de KC/2) soit KC.....
	Appareillage y compris prothèses et implants (type et code éventuel)
	Frais de transport (nombre de déplacements et type : médicalisé A ou B, en taxi ou transport commun avec accompagnement ...) :
	Médicaments et Produits Pharmaceutiques (en cas d'accord partiel, mentionner pour chaque ordonnance les produits accordés et ceux non accordés) :

(*) Pour les prestations objet de demandes de prise en charge.

..... le
Signature et cachet du médecin contrôleur