



## JUSTIFICATIF INCAPACITÉ / INVALIDITÉ / INCAPACITÉ PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA)

**Attention : la validité du justificatif est d'une durée de 3 mois à compter de la date de signature.**

Vous avez demandé à bénéficier des prestations pour incapacité ou invalidité ou IPA prévues par votre contrat d'assurance.

Pour nous permettre l'étude de votre dossier, nous vous invitons à compléter les pages 1 et 2 de ce document. Votre médecin pourra, sur votre demande, vous aider à le compléter. La page 3 est à faire compléter par votre médecin.

Tout document de nature à appuyer vos déclarations est à joindre et permettra d'accélérer le traitement de votre demande.

**Ce questionnaire est à retourner, par vous-même, sous pli confidentiel " secret médical " à l'attention du médecin conseil de MFP Révoyance avec votre demande de prestation.**

### À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR L'ASSURÉ(E)

#### I. VOTRE IDENTITÉ

Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom :  Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :  /  /  à

Adresse actuelle :

Code postal :  Commune :

Profession :

Précisez si votre activité professionnelle est :

Sédentaire  Manuelle  Avec déplacements  Avec des efforts physiques

#### Mutuelle (à compléter) :

#### Contrat (à compléter) :

##### VOUS ÊTES FONCTIONNAIRE :

- Vous percevez des indemnités journalières :
  - du régime général de la Sécurité sociale
  - Depuis quand ?  /  /
- Vous ne percevez pas d'indemnités journalières :
  - régime fonctionnaire ou assimilé
  - régime particulier
- Vous êtes actuellement :
  - en congé de maladie ordinaire
  - en congé de longue maladie
  - en congé de longue durée
  - en congé pour maladie professionnelle ou AT
  - en disponibilité
  - en mi-temps thérapeutique : depuis quand ?  /  /

##### VOUS N'ÊTES PAS FONCTIONNAIRE :

- Vous percevez des indemnités journalières :
  - au titre de maladie
  - au titre de maladie professionnelle ou accident du travail
  - Depuis quand ?  /  /
  - Nom de votre organisme de protection sociale
  - régime général Sécurité Sociale
  - autres : .....

##### VOUS ÊTES RETRAITÉ(E) :

Depuis quand ?  /  /

- en raison de l'âge
- en raison de votre état de santé
- autres

Préciser : .....  
.....  
.....

##### VOUS BÉNÉFICIEZ :

- d'une pension d'invalidité catégorie :
- Depuis quand ?  /  /
- d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle
- Taux :  Depuis quand ?  /  /
- d'une exonération du ticket modérateur
- Pour quel motif ? .....
- Depuis quand ?  /  /
- d'une allocation pour tierce personne
- Depuis quand ?  /  /
- d'une pension de retraite pour invalidité ou inaptitude
- Depuis quand ?  /  /

#### SI LE MOTIF DE L'ARRÊT DE TRAVAIL ACTUEL EST UNE GROSSESSE PATHOLOGIQUE, merci de préciser :

La date présumée ou réelle de l'accouchement :  /  /

#### SI VOUS AVEZ DÉJÀ REPRIS UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE, à temps partiel à temps complet

Précisez la date :  /  /

Si non, à quelle date pensez-vous reprendre une activité professionnelle ?

Une allocation pour tierce personne est-elle en cours de demande ?  OUI  NON Taux :  Depuis quand ?  /  /

## À REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E)

### 2. AVANT L'ARRÊT DE TRAVAIL ACTUEL (en rapport ou non avec ce dernier)

- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?  OUI  NON  
Si oui, à quelle(s) date(s) ? / /   
/ /   
Motif : .....  
Motif : .....
- Avez-vous déjà été opéré(e) ?  OUI  NON  
Si oui, à quelle(s) date(s) ? / /   
/ /   
Motif : .....  
Motif : .....
- Avez-vous déjà suivi des traitements ?  OUI  NON  
Si oui, à quelle(s) date(s) ? / /   
/ /   
Lesquels : ..... Durée : .....  
Lesquels : ..... Durée : .....
- Avez-vous eu des arrêts de travail pour raison de santé ?  OUI  NON  
Si oui, à quelle(s) date(s) ? / /   
/ /   
Nature de l'affection : ..... Durée : ..... jours  
Nature de l'affection : ..... Durée : ..... jours
- Avez-vous des séquelles d'accident(s) ou de maladie(s) ?  OUI  NON  
Si oui depuis quand ? / /   
Lesquelles : .....

### 3. MOTIF DE L'ARRÊT DE TRAVAIL ACTUEL

- Accident  Maladie Date d'arrêt de travail : / /   
S'il s'agit d'un accident, précisez la date de cet accident : / /   
S'il s'agit d'une rechute d'accident antérieur, précisez la date du 1<sup>er</sup> accident : / /   
Décrivez les circonstances de l'accident ou de la rechute et joindre les documents relatant les faits et la nature des blessures : .....  
.....
- S'il s'agit d'une maladie, à quelle date avez-vous ressenti les premiers troubles : / /   
A quelle date avez-vous consulté un médecin pour la 1<sup>ère</sup> fois : / /   
Nature de la maladie : .....
- S'il s'agit d'une rechute de maladie, précisez la date à laquelle vous avez ressenti les premiers troubles : / /

### 4. DEPUIS LE DÉBUT DE VOTRE ARRÊT DE TRAVAIL ACTUEL

- Avez-vous eu des examens :  OUI  NON  
 de laboratoire  de radiologie  Doppler  Scanner  IRM  Epreuve d'effort  
Autres : .....  
Précisez les dates et joignez la copie des résultats ou comptes rendus  
Date : / /  Nature : .....  
Date : / /  Nature : .....
- Avez-vous bénéficié de consultation(s) spécialisée(s) joindre les comptes rendus  OUI  NON  
Date : / /  Motif : .....  
Date : / /  Motif : .....
- Avez-vous été hospitalisé(e), précisez les dates, les motifs et joindre la copie des comptes rendus d'hospitalisation  OUI  NON  
Date : / /  Motif : .....  
Date : / /  Motif : .....
- Avez-vous été opéré(e), précisez les dates, la nature des opérations et joindre la copie des comptes rendus opératoires  OUI  NON  
Date : / /  Nature : .....  
Date : / /  Nature : .....
- Quels traitements suivez-vous actuellement ? joindre les copies des ordonnances  
Précisez le nom des médicaments et la dose prescrite : .....
- Devez-vous subir dans les prochains mois :  
des examens complémentaires  OUI  NON  
Si oui, à quelle date ? / /  Lesquels : .....  
une hospitalisation  OUI  NON  
Si oui, à quelle date ? / /  Motif : .....  
une intervention chirurgicale  OUI  NON  
Si oui, à quelle date ? / /  Laquelle : .....

Je soussigné(e), déclare les réponses ci-dessus complètes et sincères. Je suis avisé(e) que les réponses à ce questionnaire sont essentielles. A défaut de réponse, MFPrévoyance pourrait être amenée à suspendre les prestations.

A : ..... le : / /

Signature de l'assuré(e)

Nombre de documents joints

Conformément à la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données de MFPrévoyance vous concernant, pouvant s'exercer auprès de votre Mutuelle ou de MFPrévoyance.

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN À LA DEMANDE DE L'ASSURÉ(E)  
LES HONORAIRES ÉVENTUELS SONT À LA CHARGE DE L'ASSURÉ(E)**

**5. MOTIF DE L'ARRÊT DE TRAVAIL ACTUEL**

Date de première constatation médicale de l'affection : / /

Date de début de prise en charge thérapeutique : / /

Date de l'arrêt de travail : / /

Diagnostic de l'affection motif de l'arrêt de travail en cours : .....

Etat clinique actuel de votre patient : .....

Traitements récents et en cours : .....

**6. AVANT L'ARRÊT DE TRAVAIL ACTUEL, votre patient a-t-il eu, en liaison ou non avec l'affection actuelle**

• des arrêts de travail pour raison de santé :  OUI  NON

Si OUI, / /  Motif : ..... Durée : .....  
à quelle(s) date(s) ? / /  Motif : ..... Durée : .....

• des examens complémentaires :  OUI  NON

Si OUI, / /  Lesquels : .....  
à quelle(s) date(s) ? / /  Lesquels : .....

• des hospitalisations :  OUI  NON

Si OUI, / /  Lesquelles : .....  
à quelle(s) date(s) ? / /  Lesquelles : .....

• des interventions chirurgicales :  OUI  NON

Si OUI, / /  Lesquelles : .....  
à quelle(s) date(s) ? / /  Lesquelles : .....

• D'autres affections (ou séquelles d'accident ou de maladie) aggravant ou non l'état actuel ?

Affection : ..... Date d'apparition et début du traitement : / /

Nature du traitement : .....

Affection : ..... Date d'apparition et début du traitement : / /

Nature du traitement : .....

**7. MESURES THÉRAPEUTIQUES ENVISAGÉES, en préciser les échéances :**

.....  
.....

**8. EXERCICE PROFESSIONNEL :**

• L'assuré(e) a repris une activité professionnelle :  OUI  NON

à temps partiel  à mi-temps thérapeutique  en reconversion  à temps complet  
depuis le : / /

• L'assuré(e) sera capable de reprendre son activité professionnelle :

Partiellement :  OUI  NON      Totalement :  OUI  NON

Si oui, dans : ..... mois

Si non, l'assuré(e) pourrait reprendre une autre activité professionnelle :

Partiellement :  OUI  NON      Totalement :  OUI  NON      Adaptée :  OUI  NON      dans : ..... mois

**9. AUTONOMIE DE L'ASSURÉ(E):**

• L'assuré(e) a besoin d'une aide permanente pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne  OUI  NON

précisez :  se déplacer  se laver  s'habiller  s'alimenter

• Cette aide permanente est définitive (viagère) depuis le : / /

• Une allocation pour tierce personne est-elle en cours de demande ?  OUI  NON

**DOCUMENT ÉTABLI À LA DEMANDE DE L'INTÉRESSÉ(E) ET REMIS EN MAINS PROPRE POUR FAIRE VALOIR CE QUE DE DROIT**

A : .....

le : / /

**Signature du médecin & cachet**



**Société anonyme au capital de 53 153 000 €,**  
*soumise aux dispositions du code des Assurances*

**RCS 507 648 053 PARIS – 62, rue Jeanne d’Arc – 75640 PARIS CEDEX 13**