

AVIS DE CONTRE-VISITE MEDICALE

Conformément à la loi N° 84-53 du 26 janvier 1984 et au Décret N° 87-602 du 30 juillet 1987
Conformément à la Loi N° 86-33 du 9 janvier 1986 et au Décret 88-386 du 19 avril 1988
Conformément à la Loi N° 91-1389 du 31 décembre 1991
Conformément à la Loi N° 78-49 du 19 janvier 1978 et de l'Article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale 2004 (2003-1199 du 18/12/2003)

Le Docteur _____ a été mandaté
Par _____
Le _____ pour pratiquer une contre-visite médicale auprès de :

Date et heure de la contre-visite : _____ A ____ ____^h ____ ____

Je soussigné(e) certifie avoir effectué la contre-visite de la personne sus-désignée concernant l'arrêt de travail prescrit du _____ au _____ inclus, en dehors des heures de sorties prescrites par le médecin traitant.

Après mon examen de ce jour :

Je conclus que l'arrêt en cours est médicalement justifié :

☐ OUI

☐ NON

☐ Je ne peux pas statuer, un avis spécialisé est requis

L'examen de contrôle n'a pu aboutir car :

☐ L'adresse était erronée ou incomplète

☐ Absence de réponse

☐ Dépôt de l'avis

☐ Dans la boîte aux lettres

☐ Remis à un tiers

☐ La personne ne s'est pas présentée au rendez-vous

☐ La personne a refusé la contre-visite médicale.

Obligatoire : précisions complémentaires en cas de non réalisation du contrôle :

Ces conclusions constituent un avis émis en toute indépendance par le médecin contrôleur

Ne comportent aucun élément médical

IDENTIFICATION DU MEDECIN	Signature	
Tampon - Signature	☐ de la personne contrôlée	☐ du tiers en cas d'absence
	Reconnaît avoir reçu un exemplaire	
	☐ Refus de signature	