TUN/LUX 13

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LA TUNISIE ET LE LUXEMBOURG

RAPPORT MÉDICAL EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

(MALADIE, MATERNITE, ACCIDENT DE TRAVAIL, MALADIE PROFESSIONNELLE)

Articles 15, paragraphe 2, 17, paragraphe 4, et 32, paragraphe 2, de la Convention
Articles 10 et 27, paragraphe 2, de l'Arrangement administratif

Référence du dossier	au Luxembourg :
	en Tunisie:

1	Institution compétente destinataire
1.1	Dénomination……
1.2	Adresse……

2	Travailleur
2.1	Nom de naissance Prénom du père (pour les assurés tunisiens) ……
2.2	Prénoms ……
2.3	Sexe : ☐ masculin ☐ féminin
2.4	Date de naissance: ____ / ____ / _____
2.5	Nationalité ……
2.6	Adresse dans le pays compétent ……
2.7	Adresse dans le pays de résidence ou de séjour……
2.8	N° d'identification au Luxembourg ……
	N° d'immatriculation en Tunisie ……

4 Je soussigné(e) _____ docteur en médecine

4.1 Après avoir examiné la personne désignée au cadre 2, le ____ / ____ / _____

4.2 estime qu'il s'agit

☐ d'un cas de maladie ☐ d'un cas de maternité (date présumée de l'accouchement) ____ / ____ / _____

4.3 qu'il s'agit probablement

☐ d'un accident de travail ☐ d'une maladie professionnelle ☐ d'une rechute ou aggravation ☐ d'un accident survenu le ____ / ____ / _____

A. Rapport général

5 A remplir dans tous les cas

5.1 Diagnostic
……
……

5.2 ☐ L'intéressé(e) n'est pas reconnu(e) incapable de travailler

5.3 ☐ L'intéressé(e) est reconnu(e) incapable de travailler à partir du ____ / ____ / _____
jusqu'au ____ / ____ / _____

5.4 ☐ L'intéressé(e) est reconnu(e) partiellement incapable de travailler (incapacité de _____%)
du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____

5.5 L'intéressé(e) est soumis(e) à un nouveau contrôle médical le ____ / ____ / _____

5.6 L'intéressé(e) est en état de travailler à partir du ____ / ____ / _____

6.4 Cachet du médecin contrôleur

6.5 Date
……..

6.6 Signature
……..

B. Rapport en cas d'accident de travail

6 Premier rapport médical

6.1 L'accident a produit les lésions suivantes
……
……
……

6.2 Ces lésions ☐ ont eu ☐ auront les conséquences suivantes
……
……
……

☐ L'intéressé(e) n'est pas reconnu(e) incapable de travailler.

6.3 ☐ L'incapacité a débuté le ____ / ____ / _____

6.4 Cachet du médecin contrôleur

6.5 Date
……..

6.6 Signature
……..

7	Dernier rapport médical

7.1 Le traitement a pris fin le ____ / ____ / _____

7.2 Les lésions sont consolidées à la date du ____ / ____ / _____

☐ sans séquelles

☐ et auront probablement les conséquences suivantes

……
……
……

7.3 Description détaillée de l'état de la victime après guérison ou à la fin du traitement médical

……
……
……

7.4 Cachet du médecin contrôleur

7.5 Date
……

7.6 Signature
……

8	Institution du lieu de résidence ou de séjour

8.1 Dénomination……
……

8.2 Adresse……
……
……

8.3 Cachet

8.4 Date
……

8.5 Signature
……