

**QUESTIONNAIRE MÉDICAL HANDICAP ENFANT
CONTRAT IDCP N° 93006.IDCP.01**

CCAS - DIRECTION PREVOYANCE ASSURANCES - 8 rue de Rosny - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX - Tel : 01 48 18 60 00

A compléter par le médecin traitant (ou spécialiste) accompagné de la demande de reconnaissance du handicap de l'enfant et des pièces nécessaires à fournir ; à adresser au médecin conseil au moyen de l'enveloppe scellée.

ASSURÉ

Nom et Prénoms
 Date de Naissance Lieu de Naissance
 N° contrat IDCP ou NIA

Je soussigné(e), Docteur :
 Médecin traitant depuis le : de l'enfant :
 dont j'atteste l'identité.

ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT

1 - Le handicap présenté résulte-t-il d'un accident ?

Si oui,
 - à quelle date :
 - localisation des blessures :
 - séquelles (description, taux d'IPP, ...) :
 Joindre une copie des comptes rendus d'hospitalisation et d'intervention ou des certificats médicaux Oui Non

2 - Le handicap présenté résulte-t-il d'une maladie ?

Si oui,
 - affection(s) (précisez si d'origine congénitale) :
 - date(s) de constatation médicale des 1^{ers} symptômes :
 - date(s) de diagnostic :
 Joindre une copie des comptes rendus d'hospitalisation et d'intervention ou des certificats médicaux Oui Non

3 - Le handicap présenté est-il définitif ?

Oui Non

4 - Une pension d'invalidité a-t-elle été accordée par le régime social de base (MDPH,...) ?

Si oui,
 - date de la demande :
 - date d'acceptation :
 - catégorie : Oui Non

5 - L'enfant a-t-il bénéficié ou bénéficie-t-il de l'exonération du ticket modérateur par le régime social de base (remboursement à 100 % des frais médicaux) ?

Non Oui
 Depuis quand ?

Ce document a été établi à la demande de l'assuré et remis en mains propres pour valoir ce que de droit.

Cachet du médecin

Fait à le

Signature :