CNSS
Caisse Nationale de Sécurité Sociale

Agence : .....
Date : .....
N° Enregistrement : .....

MOD. A4 : CERTIFICAT DE DERNIERE CONSTATATION

Identification de l'Employeur :
Nom (personne physique) ou Dénomination de l'Entreprise : .....
Branche d'activités :.....
Adresse physique : .....
E-mail : .....@.....
N°Téléphone :.....
Siege d'exploitation :.....

N°d'affiliation de l'employeur

Identification de la victime de l'accident

N° d'immatriculation du Travailleur

Nom, Post-nom et Prénom : ..... Sexe F/M :.....
Lieu et Date de naissance : ..... le .....
Province : ..... Territoire/Commune : ..... Village : .....
Adresse physique : .....
N°Téléphone : ..... E-mail : .....@.....
N° Carte d'identité : .....

Nom du déclarant :.....
Qualité du déclarant :.....
Adresse physique :.....

CONFIDENTIEL

Renseignements d'ordre médical :
Nom du Médecin : .....CNOM.....
Dénomination de l'hôpital ou du centre de santé :.....Adresse.....
Date de la guérison/de la consolidation des lésions/du décès(*) : .....
Description détaillée des séquelles qui subsistent aussi exacte que possible de l'état actuel de la victime :
.....
.....
Taux de l'incapacité permanente d'après le barème réglementaire en vigueur : .....
(Référence Article du barème) .....
La victime a-t-elle besoin de l'assistance d'une tierce personne ? OUI ☐ NON ☐
La victime a-t-elle besoin d'appareils de prothèse ou d'orthopédie ? OUI ☐ NON. ☐
Si oui,
lesquels ?.....
.....
La victime a-t-elle repris son travail ? OUI ☐ NON. ☐ Date de la reprise : .....

Fait à ..... le ..... …

SIGNATURE ET SCEAU DU MEDECIN

(*) **Biffer les mentions inutiles.**

NOTE DE FRAIS DES SOINS OU D'HOSPITALISATION

Durée de l'hospitalisation : du ..... au ..... soit ..... jours à FC : .....
Durée des soins : du ..... au ..... soit ..... jours à FC : .....
Dénomination de l'hôpital ou centre de santé qui a administré les soins :.....
Adresse physique : .....
N° du compte bancaire ou des chèques postaux : .....
..... (Préciser la banque).
Nom du service ou de la personne à qui la CNSS doit faire le remboursement des frais des soins ou d'hospitalisation : .....

Le Gestionnaire de l'hôpital ou du centre de santé

NB : Ce certificat doit être envoyé par la voie la plus rapide ne dépassant pas soixante (60) jours.