

Comment constituer votre dossier d'arrêt de travail

« Médecin Conseil de la MACSF PRÉVOYANCE, ce formulaire de déclaration va m'être présenté pour avis de prise en charge et d'estimation initiale de la période d'arrêt de travail qui vous a été prescrite.

Je vous demande d'apporter un soin particulier à vos réponses et informations et me permets d'insister, tout particulièrement, sur la nécessité de leur caractère complet.

Je dois vous rappeler ici qu'un questionnaire correctement et sincèrement rempli peut m'éviter de vous réclamer des renseignements complémentaires, et accélère ainsi la mise en œuvre de votre indemnisation.

Bien entendu, en cas de problème spécifique ressortant des réponses apportées, je me réserve la faculté de vous demander directement des pièces ou compléments d'information qui me seraient nécessaires pour un avis définitif.


Pour le respect de la confidentialité, tous les documents doivent **m'être adressés au sein d'une enveloppe spécifique à mon attention personnelle.**

N'omettez surtout pas de joindre à votre déclaration un certificat médical complété par votre médecin, précisant la **nature de l'affection ou des lésions, et la durée exacte de votre arrêt de travail.** Il est souhaitable d'utiliser l'imprimé spécial joint à cette déclaration >>.

Le Médecin Conseil

► L'assistance immédiate de nos services en cas de besoin

Pour vous aider à compléter ce document ou pour toutes informations complémentaires, vous disposez :

D'une ligne téléphonique directe	De numéros de fax spécifiques	
	service de gestion	service médical
	N° 01 71 23 85 85	N° 01 49 03 52 47

Recommandations

- **Veillez à nous adresser votre dossier de déclaration au plus tard dans les 10 jours de l'arrêt de travail initial.**
- Pour accélérer au maximum votre prise en charge, joignez dès à présent une copie de votre relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

S'il s'agit d'une maladie

5. Quels sont les signes fonctionnels actuels ?

6. Quel est le diagnostic retenu ?

7. Précisez la date d'apparition des premiers signes fonctionnels

J	M	A
---	---	---

8. S'agit-il d'une première manifestation ?

9. S'agit-il d'une rechute ?

Dans l'affirmative, veuillez préciser les dates des épisodes antérieurs.

10. Si des examens complémentaires diagnostiques et étiologiques (examens biologiques, d'imagerie, d'endoscopie, etc...) ont été pratiqués, précisez leurs dates et les résultats.

Veuillez joindre la copie des comptes rendus des examens en votre possession ou les adresser dès leur obtention à l'attention personnelle du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.

11. Quels sont les traitements entrepris ?

Si une grossesse est en cours

12. Veuillez préciser : la date des dernières règles

J	M	A
---	---	---

 la date présumée d'accouchement

J	M	A
---	---	---

13. Veuillez indiquer le motif actuel de votre arrêt de travail

14. Quels signes fonctionnels présentez-vous aujourd'hui ?

15. Quels sont les traitements entrepris ?

S'il s'agit de suites de couches

16. Quelle a été la date de l'accouchement ?

J	M	A
---	---	---

17. L'accouchement s'est-il effectué par voie basse ou césarienne ?

18. Quel est le motif actuel précis de votre arrêt de travail ?

19. Quels sont les signes fonctionnels présentés aujourd'hui ?

20. Quels sont les traitements entrepris ?

Les autres assurances souscrites

31. Etes-vous assuré(e) pour des garanties de même nature auprès d'autres organismes d'assurances ? Lesquels ?

.....
.....

32. Montant des garanties souscrites

.....

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'étude de ma demande d'indemnisation.

Je prends la responsabilité des réponses et reconnais être informé(e) que toute fausse déclaration ou réticence rendrait impossible la prise en charge de l'arrêt de travail et provoquerait la rupture contractuelle.

À Le Signature de l'adhérent/assuré

Secret médical

- ▶ Ce questionnaire personnel, ainsi que l'ensemble des pièces réclamées, doivent être adressés dans l'enveloppe spécifique "Médecin Conseil".

Informatique et liberté

- ▶ Conformément à la loi du 06 janvier 1978 « Informatique et Liberté » modifiée par la loi du 07 août 2004, l'adhérent/assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la société, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés (article 27 de la loi n° 78-17). Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : **MACSF prévoyance 10 Cours du Triangle de l'Arche. TSA 40100. 92919 La Défense Cedex.**



La charte d'engagements de la MACSF prévoyance

L'ennui de santé est une épreuve, cette épreuve peut se doubler de soucis matériels

Notre équipe de gestion et nos médecins conseils ont un même objectif : vous apporter, en ces moments difficiles, le meilleur service possible en facilitant vos démarches d'indemnisation.

pour cela nous nous engageons pour une mise en œuvre optimale de vos garanties

7 engagements sur 7 points essentiels

1. Une assistance pour la constitution rapide de votre dossier

- ▶ Une ligne téléphonique directe :

 **3233**

une collaboratrice à votre écoute

- ▶ Un numéro de fax spécifique :

N° 01 71 23 85 85

- ▶ L'obtention, sur simple demande, de documents de déclaration pouvant vous être immédiatement faxés .

5. Une décision motivée

- ▶ Des courriers explicatifs personnalisés
- ▶ La possibilité de contacter directement :
 - le collaborateur chargé du dossier pour toutes informations contractuelles :
 - le Médecin Conseil pour toutes informations médicales :

 **3233**

N° 01 71 23 84 68

2. Un délai réduit au minimum pour notre accord d'indemnisation

- ▶ Un traitement rapide et confidentiel de votre dossier
- ▶ Une information complète sur les différentes étapes de son suivi
- ▶ La présence quotidienne d'un Médecin Conseil
 - Fax médical confidentiel : **N° 01 49 03 52 47**

6. Une Médiation

En cas de désaccord :

- ▶ Le recours à un avis médical complémentaire :
 - Interne par un deuxième Médecin Conseil
 - Externe par expertise aux frais de la MACSF

Demande à adresser à l'attention personnelle du responsable du département Prestations.

- ▶ La saisie du Service Qualité MACSF

Demande à adresser à l'attention personnelle du responsable du service Qualité.

3. Un paiement programmé

- ▶ Des dates de paiement proposées au 1^{er} de chaque mois ou au terme de l'arrêt de travail
- ▶ Un paiement automatique par virement sur votre compte bancaire ou postal

7. Des aides précieuses :

- ▶ Pour la recherche d'un remplaçant si l'arrêt de travail doit se poursuivre
 - Le site Internet de la MACSF : Rubrique « Petites annonces et remplacements »
 - Par la mise en œuvre rapide de prestations d'assistance : Aide ménagère, venue d'un proche, garde de vos enfants...

www.macsf.fr

un seul numéro :

- CIPS - Centre d'information des professions de santé :
90 rue de Bonaparte
75006 PARIS :

N° 01 71 23 77 23

 **3233**

4. Une assistance personnalisée confidentielle

- ▶ La réponse immédiate et confidentielle, par le Médecin Conseil, à vos questions et explications relatives aux demandes d'information complémentaires :

N° 01 71 23 84 68

- ▶ Le suivi personnalisé des arrêts de travail de longue durée.

Le Directeur Général
Michel DUPUYDAUBY

