|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapport médical abrégé sur le diagnostic et l’incapacité de travail****Indemnité journalière en cas de maladie / indemnité journalière en cas d’accident** | **[ ]  IJM****[ ]  LAA** | Numéro de sinistre ou numéro d’assuré :      |
|  |  |
| **Patient** | Prénom :       Nom :      Date de naissance :       Sexe :      Taux d’occupation :       % Profession exercée : [ ]  intellectuelle [ ]  physique  |
|  |  |
| **Premier traitement**  | Date :       |
|  |  |
| **Diagnostic(s)** | Code CIM et descriptif éventuel      |
|  |  |
| **Début de l’incapa-cité de travail** | Date :      Degré de l’incapacité de travail :       |
|  |  |
| **Fin de l’incapacité de travail** | Reprise du travail prévue le :        |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lieu et date :      |  | Adresse du médecin :      |  | Signature du médecin :  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EAN :      |  | RCC :      |  | Tél. :      E-mail :      |