|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 : |