|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«D\_agenceAdr1»**«D\_agenceAdr2»«D\_agenceAdr3»«D\_agenceAdr4»«D\_agenceNoTel»«D\_agenceNoFax»«prestations\_apnv@vaudoise.ch**Affaire traitée par :**«MF\_Collaborateur»«telephone» | «confidentiel»«idDocument»/«timeStamp»/5

|  |
| --- |
| **«PP»** «X\_destPP» |

«EnteteAdresse» «noAgence»«D\_destAdr1»«D\_destAdr2»«D\_destAdr3»«D\_destAdr4»«D\_destAdr5»«D\_docLieu», le «D\_docDate» |

**V/réf. : «reference»**

**Dossier : «nodossier», Incapacité de travail dès le «datesinistre»**

**Preneur : «nomPreneur», police n° «npa» «branche»**

**Personne assurée :** **«lesePrincipalNom»«lesePrincipalPrenom»«lesePrincipalDateNaissance»**

«EnteteLettreForm»,

En notre qualité d’assureur maladie perte de gain selon la LCA et afin de pouvoir nous déterminer sur le droit aux indemnités journalières, nous vous prions de bien vouloir compléter le questionnaire annexé à l’attention de notre médecin-conseil.

Merci de nous adresser également tout rapport d’examens, d’imagerie (RX, IRM, etc), de consilium, d’hospitalisation et protocole opératoire en lien avec l’incapacité de travail.

Nous vous saurions gré de joindre votre note d’honoraire à votre réponse (CHF 60.- rapport simple, CHF 80.- rapport détaillé). Ces documents peuvent être retournés au moyen de l’enveloppe-réponse ci-joint ou par mail à l’adresse sécurisée HIN : medecin.conseil@vaudoise.ch. Merci d'indiquer impérativement dans le titre du mail le numéro de dossier mentionné ci-dessus.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration et vous adressons, «EnteteLettreForm», nos meilleures salutations.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | «sign2\_raisonSocialeLigne1» | «sign1\_raisonSocialeLigne1» |
|  | «sign2\_raisonSocialeLigne2» | «sign1\_raisonSocialeLigne2» |
|  | «sign2\_signature»«sign2\_nomSignataire» | «sign1\_signature»«sign1\_nomSignataire» |

 |

 **Retour à**

 **Confidentiel**

«D\_destAdr1» VAUDOISE ASSURANCES
«D\_destAdr2» Médecin-conseil

«D\_destAdr3» Avenue de Cour 45

«D\_destAdr4» 1007 Lausanne

«D\_destAdr5»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapport médical initialAssurance-maladie / Indemnitésjournalières en cas de maladie** | [ ] LAMal[x] LCA | Dossier : «nodossier»Début de l'incapacité de travail : «datesinistre» |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Employeur** | «nomPreneur» |  |
|  |  |  |
| **Patient** | Prénom: «lesePrincipalPrenom» Nom: «lesePrincipalNom» Taux d'activité: Profession exercée:  | N° AS:Date de naissance: «lesePrincipalDateNaissance» |
|  |  |  |
| **1. Premiers**  **Soins** | Date :Nom:Spécialité med :  | Heure :Lieu : |
|  |  |  |
| **2. Cause** | [ ] Maladie [ ] Accident [ ] Maladie Professionnelle [ ] Non définie[ ] Grossesse Date de naissance prévue : |
|  |  |  |
| **3. Anamnèse** | a) Quand et comment les troubles se sont manifestés pour la première fois |
|  |  |  |
|  | b) Le patient a-t-il été déjà auparavant traité en raison de ces troubles ? c Oui c Non |
|  | Si oui, où ? |  |
|  | c) Thérapies suivies jusqu'à présent : |  |
|  |  |  |

Dossier : «nodossier»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | d) Données subjectives du patient : |  |
|  |  |
|  | e) Quels accidents et maladies précédents influencent le processus de guérison ? |
|  |  |
|  | f) Autres informations : |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **4. Constatations objectives** | Résultats d'examens médicaux et d'imagerie médicale (copies en annexe svp): |
|  |  |
|  |  |  |
| **5. Diagnostic(s)** | Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s) : |
| **avec** impact sur l'incapacité de travail |  |
| **sans** impact sur l'incapacité de travail |  |
|  | Limitation objective de l'activité actuelle : |
|  |  |
|  |  |  |
| **6. Autres facteurs** | Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manièredéfavorable le processus de guérison (p. ex. environnement professionnel,situation sociale, trajet jusqu'au travail, addiction) ? c Oui c Non |
|  | Si oui, où et quand ? |
|  |  |  |

En cas de lien avec un contexte professionnel, comment évaluez-vous la capacité de travail chez un autre employeur ?

|  |
| --- |
|  |

Dossier : «nodossier»

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Thérapie** | a) Traitement actuel : |
|  |  |
|  | b) Procédure/Propositions (diagnostic par imagerie, examen méd. spécialisé, traitements, etc.) : |
|  |  |
|  | c) Le patient est-il/va-t-il être hospitalisé ou opéré ? c Oui c Non |
|  | Si oui, où et quand ? |
|  | d) Autres médecins, thérapeutes impliqués ? |
|  | Nom : LocalitéSpécialité méd. : Depuis quand : |
|  |  |  |
| **8. Incapacité de travail** | Tolérance exigibleaux efforts(% de l'efforthabituel) : | Présence exigibledans l'entreprise(heures/jour) : | évent.ITen % : | Incapacité de travaildu : | Incapacité de travailau : |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | La **reprise** du travail **avant le week-end** est-elle possible ? c Oui c NonReprise du travail : prévue à partir de : à raison de h/j vraisemblablement dans : semaines à raison de h/j |
|  |  |  |  |  |  |
| **9. Dates des consultations** | Dates des consultations anciennes : |
|  |
|  | Prochain rendez-vous : |
|  |  |
| **10. Autres assureurs** | D'autres fournisseurs de prestation sont-ils impliqués (LAA, caisse maladie, caisse de pension, etc.) ? c Oui c Non |
|  | Si oui, lesquels ? |
|  |  |

Dossier : «nodossier»

|  |  |
| --- | --- |
| **11.Remarques** | En particulier en rapport avec le soutien à la réinsertion (p. ex. facilitation du travail, transport jusqu'au lieu de travail, soutien social ou des proches, autres mesures non médicales) : |
|  | Si oui, lesquelles ? |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lieu et date : |  | Adresse de médecin : |  | Signature du médecin :  |
|  |  |  |  |  |
| EAN : |  | CSCM : |  | Tél :e-mail : |

Dossier : «nodossier»