|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«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»/4   |  | | --- | | **«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](mailto: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 intermédiaire Assurance-maladie / Indemnités journalières en cas de maladie** | LAMal 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. Constatations objectives** | Résultats d'examens médicaux et d'imagerie médicale (copies en annexe svp): | |
|  |  |
|  |  |  |
| **2. 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 : | |
|  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. 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 : Localité Spécialité méd. : Depuis quand : |
|  |  |
| **4. Evolution** | a) Evolution jusqu'à ce jour et état actuel (subjectif et objectif) : |
|  |  |
|  | b) Pronostic : |
|  |  |
|  |  |
| **5. Autres factures** | Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (p. ex. environnement professionnel, situation sociale, trajet jusqu'au travail, addiction) ? c Oui c Non |
|  | Si oui, lesquelles ? |
|  |  |
| **6. Incapacité de travail**  **au poste de travail actuel** | Quelles limitations physiques, mentales, psychiques subsistent et quel est leur effet concret sur l'activité actuelle (tâches de travail) ? |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Tolérance exigible aux efforts (% de l'effort habituel) : | | | Présence exigible dans l'entreprise (heures/jour) : | évent. IT en % : | Incapacité de travail du : | | | Incapacité de travail au : |
|  | |  | | |  |  |  | | |  |
|  | |  | | |  |  |  | | |  |
|  | |  | | |  |  |  | | |  |
|  | |  | | |  |  |  | | |  |
|  | | La **reprise** du travail **avant le week-end** est-elle possible ? c Oui c Non  Reprise du travail : prévue à partir de : à raison de h/j  vraisemblablement dans : semaines à raison de h/j | | | | | | | | |
|  | |  | | |  |  |  | | |  |
| **7. Capacité de travail** après stabilisation de l'état de santé | | 1. L'activité actuelle est-elle du point de vue médical encore exigible ? 2. L'exercice de l'**actuelle activité dans un autre environnement de travail** est-elle exigible ? 3. Une **activité adaptée** est-elle du point de vue médical exigible ? | | | | | | | | c Oui c Non  c Oui c Non  c Oui c Non |
|  | |  | | |  |  |  | | |  |
|  | | Si oui (pour a, b ou c:)  Quel est le profil de tolérance et quelles sont les adaptations nécessaires ? | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
|  | | À partir du : à raison de h/j tolérance exigible : % | | | | | | | | |
|  | |  | | |  |  |  | | |  |
| **8. Second opinion** | | Une évaluation spécialisée par un médecin conciliaire est-elle justifiée ? | | | | | | | | c Oui c Non |
|  | |  | | |  |  |  | | |  |
| **9. Mesures d'intégration** | | Des mesures concrètes supplémentaires peuvent-elles influencer de manière positive la capacité de prestation ? | | | | | | | | c Oui c Non |
|  | | Si oui : avec quelles mesures pouvons-nous de votre point de vue soutenir la personne assurée ? - Mesures médicales ? - Mesures professionnelles (p. ex. faciliter le trajet jusqu'au travail, job-coaching, etc.) ? - Mesures de caractère psycho-social ? | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
| **10. Remarques** | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
| Lieu et date : | |  | Adresse de médecin : | | | |  | Signature du médecin : | |