



## Rapport médical express concernant l'incapacité de travail

Docteur,

Nous vous prions d'imprimer le formulaire après l'avoir rempli online et nous l'envoyer par poste à l'adresse suivante:

**Visana Services AG  
Beratender Arzt  
Leistungszentrum Taggeld  
Postfach  
3000 Bern 16**

Nous vous prions également de joindre au formulaire rempli, le formulaire original que vous avez reçu de Visana par courrier.

Veuillez remplir le formulaire entièrement. Nous avons besoin des indications concernant l'assuré: nom et prénom, date de naissance et début de l'incapacité de travail. Les informations relatives à l'employeur avec le numéro de sinistre sont également nécessaires. Ces indications se trouvent sur notre formulaire original.

Pour des raisons de sécurité et de protections des données, vous avez la possibilité de transmettre votre document via une adresse HIN.

Vous pouvez nous facturer les frais de votre intervention selon les indications qui figurent sur le formulaire original.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

Avec nos meilleures salutations.

Visana Services SA  
Centre de prestations indemnités journalières



## Rapport médical express concernant l'incapacité de travail

En remplissant ce rapport médical express, vous nous aidez à prendre les mesures adéquates et l'accompagnement approprié déjà à un stade précoce. Vos indications favorisent une réinsertion rapide dans la vie professionnelle. Pour vous remercier d'une réponse rapide, nous avons prévu une indemnité attractive. Nous vous prions de joindre un bulletin de versement avec n° IBAN. Merci de votre collaboration.

**A renvoyer dans les 2 semaines** CHF 100.– / € 80.–  
**A renvoyer dans les 3 semaines** CHF 60.– / € 50.–

personne assurée \_\_\_\_\_ i.t. depuis le \_\_\_\_\_  
date de naissance \_\_\_\_\_  
employeur \_\_\_\_\_ n° de sinistre \_\_\_\_\_

1. Diagnostic(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Constatations (joindre s.v.p. les résultats pertinents des examens radiologiques ou des analyses ainsi que les rapports d'investigations médicales)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Cause de l'incapacité de travail (IT)  maladie  accident  
 complic. de la grossesse terme de l'accouchement prévu: \_\_\_\_\_

4. a) Un examen a-t-il été effectué par un spécialiste?  oui  non

b) Un examen par un spécialiste est-il prévu? Si oui, date et service en charge?

c) Une opération est-elle prévue? Avec hospitalisation?

Si oui, quand, où et quel genre d'intervention?

5. Incapacité de travail (IT) du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ degré \_\_\_\_\_%

6. Pronostic de la reprise du travail entre  0 - 4 mois  4 - 6 mois  > 6 mois

7. Reprise du travail prévue pour le (date) \_\_\_\_\_ degré \_\_\_\_\_%

8. Existe-t-il d'autres facteurs, non médicaux, pouvant influencer l'IT?  oui  non

au poste de travail  d'ordre privé  d'ordre culturel  autres

remarques: \_\_\_\_\_

9. Comment évaluez-vous la motivation de la personne assurée quant à son retour dans le processus de travail?  motivé/e  peu motivé/e

remarques: \_\_\_\_\_

10. Une autre activité entre-t-elle en considération?  oui  non  éclaircissement nécessaire

11. La personne assurée pourra-t-elle reprendre son activité professionnelle actuelle?  oui  non

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Timbre et signature du médecin