

Schweiz. Ärzte-Krankenkasse
Postfach 2046
9001 St. Gallen

AVIS DE GUÉRISON / Pourcentage de l'incapacité de travail

Nom/Prénom/Date de naissance : _____

Les personnes soussignées annoncent à la Caisse-Maladie des Médecins Suisses que l'incapacité de travail ou de gain a duré:

.....% du jusqu'au inclus
.....% du jusqu'au inclus
.....% du jusqu'au inclus

Reprise de travail à 100% :

Lieu et date:

Signature du membre:

.....

Lieu et date :

Timbre et signature du
Médecin traitant :