INTER

*Groupement des **CAISSES-MALADIE** des employeurs affiliés à l'* INTER
*Vereinigung der **KRANKENKASSEN** für die der* INTER *angeschlossenen Betriebe*

CP / PF 565 - 1951 Sion
✆ 027 / 327 22 62
Fax 027 / 327 22 79
CCP/PCK 19-2902-8

Certificat médical d'incapacité

à remettre immédiatement à l'adresse suivante:

Caisse-maladie INTER
Case postale 565
1951 Sion

Réservé à l'assureur

N° de dossier	
N° du contrat	N° entreprise

A remplir en caractère d'imprimerie

2 . **Employé** Nom, prénom, adresse avec N° postal		1 . **Employeur** Nom, adresse avec N° postal	
Date de naissance	N° AVS (11 chiffres)		
Nationalité	Type de permis de séjour	N° tél.	Personne de contact
N° tél.	N° d'assuré	Place de travail de l'employé (secteur d'entreprise)	

3 . **Début de l'incapacité** Jour/Mois/Année Heure, minute Durée prévisible à votre connaissance

Indications pour l'assuré

Le présent « certificat médical d'incapacité » doit être complété par votre médecin à chaque visite. Une copie de celui-ci doit être remise à la caisse **dans les 6 jours dès le début de l'incapacité de travail** et ensuite une fois par mois pour les avances d'indemnités journalières. L'original doit rester en votre possession jusqu'à la fin de l'incapacité de travail, puis retourné à la caisse dans les plus brefs délais.

L'assuré doit communiquer immédiatement toute modification du taux d'incapacité de travail.

Inscriptions du médecin

☐ Maladie ☐ Accident ☐ Maladie professionnelle ☐ Maternité ; terme prévu : .....

Date		Incapacité de travail		Signature du médecin
De la prochaine consultation	De la consultation faite	Degré en %	A partir du	

Date		Incapacité de travail		Signature du médecin
De la prochaine consultation	De la consultation faite	Degré en %	A partir du	

Le traitement médical a pris fin le :

Timbre et signature du médecin