

État-major de l'armée, Affaires sanitaires, Service médico-militaire Annonce de maladie et d'accident pendant un service militaire ou de protection civile

Formulaire en cas de transfert à un médecin, un dentiste, un hôpital ou pour le retrait de médicaments dans une pharmacie (montant > CHF 100.–)

► Déclarations de l'assuré		
1. N° d'assuré (si connu):	2. N° d'assurance sociale:	3. Date de naissance / Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
4. Nom:	5. Prénom:	6. E-mail:
7. Rue, n°:	8. NPA:	9. Domicile:
10. N° de tél. portable:	11. N° de tél. privé:	12. N° de tél. professionnel:
13. Genre de service:	Dates de début et de fin de service (ordinaire)	Licenciement prématuré <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Date: _____
14. Début et évolution de la maladie ou date de l'accident; lieu et circonstances de l'accident, type de lésion, parties du corps lésées		
<p>En cas d'accident: <input type="checkbox"/> en service <input type="checkbox"/> sortie / temps libre <input type="checkbox"/> en congé <input type="checkbox"/> trajet d'aller ou de retour</p>		
15. Statut professionnel: <input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> sans activité lucrative <input type="checkbox"/> sans emploi <input type="checkbox"/> en formation ou perfectionnement		
16. Activité professionnelle actuelle:		17. Employeur: (Nom, resp. NPA et localité)
► Déclarations du médecin de troupe ou de cours		
18. Constatations du médecin de troupe ou de cours, évent. diagnostic, médicaments prescrits:		
19. Transfert au / traitement par: (Nom, resp. rue, NPA, localité)		
<input type="checkbox"/> Médecin (spécialiste) de place d'armes:	_____	Tél.: _____ GLN: _____ Fax: _____ RCC: _____
<input type="checkbox"/> Médecin civil, dentiste, hôpital:	_____	Tél.: _____ GLN: _____ Fax: _____ RCC: _____
<input type="checkbox"/> Pharmacie: Retrait de médicaments pour plus de CHF 100.–	_____	Tél.: _____ GLN: _____ Fax: _____ RCC: _____
20. Remarques:		
21. Médecin traitant de troupe ou de cours: (Nom, resp. rue, NPA, localité)		
_____	_____	Tél.: _____ GLN: _____ Fax: _____ RCC: _____
Lieu de stationnement: _____	Signature: _____ superflu pour envoi électronique	
Date: _____		

Remarque: la facture selon Tarmed / tarif dentaire AA/AM/AI ou la facture de pharmacie peut être transmise par voie électronique via MediData à l'assurance militaire. GLN: 7601003003130

Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer copie», vous pouvez envoyer une copie du formulaire actuel sous forme légalement valable à l'AM.