

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse: .....  
c/o: .....  
N° postal : ..... Ville : .....  
N° Tél privé : ..... N° Portable : .....  
Profession : .....  
N° Tél prof : .....  
Nom de l'employeur : .....  
Assurance maladie : .....  
N° d'assuré et AVS: .....

**Si l'examen de ce jour concerne un ACCIDENT  
veuillez indiquer l'assurance de votre employeur**

**Adresse employeur** : .....  
**Assurance Accident** : .....  
**N° de police** : .....  
**N° sinistre accident** : .....  
**Date de l'accident** : .....

Je demande à mon médecin de ne fournir des indications médicales me concernant qu'au médecin-conseil de ma caisse maladie.  
J'ai été dûment informé que mon médecin pouvait avoir recours aux services d'une maison de facturation pour le traitement de mes factures.  
J'autorise également mon médecin à procéder au recouvrement de ses factures par toute voie de droit.

Genève, le ..... Signature : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse: .....  
c/o: .....  
N° postal : ..... Ville : .....  
N° Tél privé : ..... N° Portable : .....  
Profession : .....  
N° Tél prof : .....  
Nom de l'employeur : .....  
Assurance maladie : .....  
N° d'assuré et AVS: .....

**Si l'examen de ce jour concerne un ACCIDENT  
veuillez indiquer l'assurance de votre employeur**

**Adresse employeur** : .....  
**Assurance Accident** : .....  
**N° de police** : .....  
**N° sinistre accident** : .....  
**Date de l'accident** : .....

Je demande à mon médecin de ne fournir des indications médicales me concernant qu'au médecin-conseil de ma caisse maladie.  
J'ai été dûment informé que mon médecin pouvait avoir recours aux services d'une maison de facturation pour le traitement de mes factures.  
J'autorise également mon médecin à procéder au recouvrement de ses factures par toute voie de droit.

Genève, le ..... Signature : .....