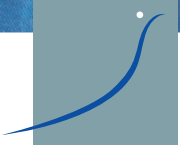


GOLDEN CARE®

YOUR WOLDWIDE HEALTH PARTNER
VOTRE PARTENAIRE SANTÉ PARTOUT DANS LE MONDE



Medical Information

Information Médicale

TO BE COMPLETED BY
THE MEDICAL PROVIDER
AND JOINED TO YOUR CLAIM

À COMPLÉTER PAR
LE PRESTATAIRE DE SOINS
À JOINDRE À VOTRE DÉCLARATION





INFORMATION TO BE GIVEN BY THE MEDICAL PROVIDER • INCLUDED IN THE MAIN SERVICES (SwissTarmed GP-18) • CANNOT BE INVOICED
INFORMATION À FOURNIR PAR LE PRESTATAIRE DE SOINS • INCLUSE DANS LES PRESTATIONS DE BASE (TarmedSuisse GP-18) • NE PEUT ÊTRE FACTURÉ

To help us proceed with your patient's claim rapidly, please complete this slip.
Pour nous aider à servir rapidement votre patient, veuillez compléter ce coupon.

1 • Your working or positive diagnosis of the illness or injury.

Votre orientation diagnostique ou votre diagnostic formel de la maladie /
blessure.

2 • Date of your patient's first consultation for this illness or injury.

Date de la première consultation de votre patient(e) concernant cette
maladie / blessure.

Day Month Year

Jour Mois Année

• Patient's name :

Nom de votre patient(e) : _____

• Patient's first name :

Prénom de votre patient(e) : _____

• Physician's name :

Nom du médecin : _____

• Physician's phone number :

Téléphone du médecin : _____

• Physician's fax number :

Fax du médecin : _____

Day Month Year

Jour Mois Année

• Physician's signature and stamp

Signature et tampon du médecin