|  |
| --- |
| ***Annexe 16 ~ Lettre au médecin-conseil Prolongation de l’incapacité de travail*** |

Votre nom + RN

Adresse, Code postal Ville | Téléphone | E-mail

Adresse de votre mutuelle

Date

A l’attention du médecin-conseil de la Mutuelle,

Cher Docteur,

*Concerne : Prolongation de mon incapacité de travail (régime indépendant).*

***Vos Réf. : RN + dossier n° XXX.***

Vous trouverez en annexe de la présente un certificat médical du Docteur XXX qui prolonge mon incapacité de travail du XXX au XXX.

Je vous en souhaite bonne réception.

Je reste naturellement à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

Pourriez-vous accuser réception de la présente et me tenir informé(e) des démarches éventuelles à accomplir ?

Je vous prie de croire en l’expression de mes sentiments distingués.

Votre nom