

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil
(art. L.162-4-1-teral, L.162-44, L.3152, L.321-1-5ème al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation

nom et prénom

(nom de famille - de naissance - suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

ville

n° téléphone

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

salarié(e) ☒ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ non salarié(e) agricole ☐ élu(e) local(e) ☐

artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA ☐ sans emploi ☐ date de cessation d'activité :
précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui ☐ date : non ☐

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone

adresse

e.mail :

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : BELLANGEOL Yves

- et prescrit un arrêt de travail jusqu'au : **(à compléter obligatoirement)**
et
 - en chiffres : 23 06 2024 inclus

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ②)

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle

Date AT/MP :

* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 12/06/2014 non ☐ (voir notice 4)

sorties sans restriction : non ☐ oui ☒ à partir du 24/06/2022 (Voir notice 5)

activité(s) autorisée(s) : oui ☐ à partir du non ☐ (Voir notice 6)

- et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du
(voir notice 7)

sans rapport** ☐ en rapport** ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle

Date AT/MP:

**** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée**

identification du praticien

(nom et prénom)

DOCTEUR ZARRIN MATHILDE

date

signature du praticien

=> 41 1 73023 7