

n°10170*06
PRN-PRE

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil
(art L 162-4-1-1er al, L 162-4-4, L 315-2, L 321-1-5ème al, L 323-6, L 376-1, L 613-20, R 321-2, R 323-11-1, D 323-2, 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)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

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

activité salariée ☐ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ activité non salariée agricole ☐

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 ☐

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui ☐ non ☐

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui ☐ non ☐

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante (voir notice 3) :

médecin remplaçant le médecin traitant ☐ médecin spécialiste consulté ☐ à l'occasion d'une hospitalisation ☐

ou le médecin prescripteur initial

autre cas ☐ précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale n° téléphone : e.mail :

adresse

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres inclus

sans rapport* ☒ en rapport* ☐ avec une affection de longue durée (voir notice 1)

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

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

sorties autorisées: oui ☐ à partir du 04-11-2011 non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire : non ☐ oui ☐ à partir du (voir notice 4)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au (voir notice 5)

sans rapport** ☐ en rapport** ☐ avec une affection de longue durée (voir notice 1)

** une des deux cases doit être obligatoirement cochée

éléments d'ordre médical (voir notice 6)

Codification du motif médical

OU éléments en toutes lettres :

identification du praticien (nom et prénom) DOCTEUR BENDAYAN ARMAND
01 MEDECINE GENERALE CONVENTIONNE

identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) 0173 CHE DE STE MARTHE
13014 MARSEILLE

signature du praticien RPPS 10003355855

date 04/11/2011

=> 13 1 14007 1 00 1 22 1 01 n°AM

PRN-PRE S3116h