

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

à la demande du médecin traitant

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) : Docteur Armand

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 04-11-2011 inclus

- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres : 25 jours

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 :

relance

identification du praticien (nom et prénom) : **DOCTEUR BENDAYAN ARMAND**
01 MEDECINE GENERALE CONVENTIONNEE

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

date : 04/11/2011

RPPS **10003355855**

signature du praticien _____

=> **13 1 14007 1 00 1 22 1 01 n°AM**

PRN-PRE S3116h