

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.316-2, 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 2 88 11 75 115 257 23

nom et prénom Mme COTE Marine

(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) : rue des grands champs

code postal 16560 ville VILLEJOUBERT 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 ou le médecin prescripteur initial ☐médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ☐à l'occasion d'une hospitalisation ☐autre cas ☐ précisez et indiquez le motif :

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale mairie d'Aussac Vadalle

n° téléphone :  
e.mail :

adresse 16560 Aussac vadalle

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au   
 - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) vendredi cinq février deux mille vingt et un   
 et 5 févr. 2021   
 - en chiffres inclussans 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 22 janv. 2021 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

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

\*\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

identification du praticien  
(nom et prénom)

Dr PALLOT Bérangère

identifiant 810002724416

date 22 janv. 2021

signature du praticien

identification de la structure  
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)PÔLE DE SANTÉ AUNAC BORDS DE CHARENTE  
4 rue du docteur André Degorce 16460 AUNACn° de la structure  
(AM, FITNESS ou SIRET) 161018189

PRN-PRE S3116g



(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-6ème 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)

numéro d'immatriculation 2 88 11 75 115 257 23

nom et prénom Mme COTE Marine

(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) : rue des grands champs

code postal 16560 ville VILLEJOUBERT 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 :l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? 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 mairie d'Aussac Vadalle n° téléphone :

adresse 16560 Aussac vadalle e.mail :

## les renseignements médicaux

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 

- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)	vendredi cinq février deux mille vingt et un
et	5 févr. 2021
- en chiffres	

 inclussans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse

\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 22 janv. 2021 non ☐

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

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ oui ☐ à partir du

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien  
(nom et prénom)

Dr PALLOT Bérangère

identifiant 810002724416

PÔLE DE SANTÉ AUNAC BORDS DE CHARENTE  
4 rue du docteur André Degorce 16460 AUNAC

161018189

date 22 janv. 2021 signature du praticien

PRN-PRE S3116g