

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, L. 162-4-4, L. 315-2, L. 211-5, art. L. 321-6, 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 2 9 0 0 2 1 6 3 7 4 0 2 6 4 3

nom et prénom PEQUEUR BENEDICTE

(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

e.mail :

adresse

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
- en toutes lettres : vendredi quatre avril deux-mille-vingt-cinq
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 0 4 0 4 2 0 2 5 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 0 3 0 4 2 0 2 5 non ☐ (voir notice 4)

sorties sans restriction : non ☒ oui ☐ à partir du (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 au
(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)

MARTIN Magdeleine
Médecin remplaçante
RPPS 10107113465

Glavier Marion

identifiant 1 0 1 0 1 1 3 3 4 4 4

date 0 3 0 4 2 0 2 5 signature du praticien