

(art. L.162-41-1era, L.162-44, L.315-2, L.321-1, L.323-6, L.376-1, L.433-1, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, 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 **275 10 59 51 20 50**
 nom et prénom **SOENEN COVIC SAMANTHA**
 (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) : **5 rue du Perout**
 code postal **16560** ville **AUSSAC Vadalle** n° téléphone **06 33 50 08 68**
 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) SSAA 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 :

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 AUSSAC Vadalle** n° téléphone
 e-mail :
 adresse

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au **11 06 2016** inclus
 - en toutes lettres : **arrêt de travail**
 (à compléter obligatoirement)
 et
 - en chiffres

en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)
 en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :

sorties autorisées : oui à partir du **16 03 2016** (voir notice 4)
 sorties sans restriction : oui à partir du (voir notice 5)
 activité(s) autorisée(s) : oui à partir du (Voir notice 6)

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

en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :

identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR ROSTOUCHER PASCAL

date **16 03 2016** signature du praticien **=> 16 1 00388 4**

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).
 La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).