

avis d'arrêt de travail

 initial de prolongation (*)

**volet 2, à adresser
au service médical**
(qui le remettra
aux services administratifs)

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil
(art L162-4-1-1er al, L162-44, L3152, L321-1-5ème 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

1620916015050 04

nom et prénom

LALUT PASCAL.

(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)

011611601

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 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 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

n° téléphone :
e.mail :

adresse

les renseignements médicaux

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

LALUT Pascal

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

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

781072072

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 781072072 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 781072072 (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

identification du praticien
(nom et prénom)identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

DOCTEUR MARTIN JEAN-BRUNO

01 MEDECINE GENERALE
CONVENTIONNE

4 R DU DOCTEUR ANDRE DEGORCE

RPPS 10002689015

16460 AUNAC

date

78072072

signature du praticien

> 16 1 01144 0 00 1 20 1 01 n°AM

PRN-PRE S3116h