

n°10170*05

PRN-PRE

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-terA, L162-4-4, L315-2, L321-1-5bmeal, L.326-6, 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 1 6 2 0 9 1 6 0 1 5 0 5 0 0 4

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)

0 1 1 6 1 1 6 0 1

1

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 résidenceactivité 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 datenon

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ?

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 mairie d'Aussac Vadalle

n° téléphone :

adresse

e.mail :

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : dimanche 5 juillet 2020
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 0 5 0 7 2 0 2 0

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 2 7 0 6 2 0 2 0 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 2 7 0 6 2 0 2 0 (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 9 9 9

OU éléments en toutes lettres : épuisement en rapport probable avec le travail;

identification du praticien
(nom et prénom)
Dr MARTIN Jean-Brunoidentification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

identifiant 1 0 0 0 2 6 8 9 0 1 5

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date 2 7 0 6 2 0 2 0 signature du praticien

27062020