

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 L.162-4-1-1eral, L.162-44, L.3152, 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

279030810516416

nom et prénom

ERDOGAN SABRINA

(nom de famille - de naissance -, suivit, 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) :

16 me de Prune

code postal

16560

ville

AUBASAC-MADAUE

n° téléphone :

0649512049

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 datenon

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

Mairie

n° téléphone :

056206160

e-mail : mairie@maurice-aubasac.fr

adresse

61 rue de la République 16560 AUBASAC-MADAUE

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

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

ERDOGAN Sabrina

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

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

dix deux 2020

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 dunon

(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

(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)

DOCTEUR GLAVIER MARION

01 MEDECINE GENERALE

date

20042020

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

14 BOULEVARD GAMBETTA

16230 MANSLE

Tél 0545222323

> 16 1 60057 2 00 1 20 1 01 n°AM

PRN-PRE S3116h