

**Docteur Olivier BOUSQUET**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Dijon  
Ancien Chef de Clinique des Universités

NEUROCHIRURGIE  
Conventionné Secteur 2

~~57, Rue Elsa Trialet~~  
Parc Valmy - 21000 DIJON  
Tél. : 03 80 30 03 42  
Fax : 09 70 63 21 45

Sur rendez-vous

DIJON, le 20.07.17

Madame Bourcier

Je reconnais D<sup>r</sup> BOUSQUET Olivier,  
neurochirurgien au CHU de DIJON, certifie  
que M<sup>r</sup> GRAS Bernard, né le  
19.07.1961 a été opéré le 08.06.2017.

Les suites opératoires nécessitent un arrêt  
de travail de plusieurs mois.

Les feuilles d'arrêt maladie qui lui ont  
été données, présentent des erreurs de dates.

Je confirme qu'il est en arrêt de travail  
depuis sa sortie de l'hôpital (13.06.17)  
jusqu'au 20.07.17 (consultation ce jour).

Meilleures salutations

Docteur Olivier BOUSQUET  
Neurochirurgien - conventionné secteur 2  
44H, Av. Francoise Sagan - 21000 DIJON  
Tél. : 03 80 30 03 42 - Fax : 09 70 63 21 45  
N° ordre : 21 1 047 073 - N° SIRET : 789 685 47 00018

N° RPPS



10005170807

N° AM



211047873

(art. L. 162-4-1-1er al., L. 162-4-4, L. 315-2, 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)**

numéro d'immatriculation 1610721423001 14

nom et prénom GRAS Bernard

(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)

42 395 92 95

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1):

5 rue de la Richebourg

code postal 21630 ville Pommard

n° téléphone : 06-27-36-38-43

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

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? 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**

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 

- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et - en chiffres	trainte Octobre 2017 30 10 2017	includ
---	------------------------------------	--------

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse

\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui  à partir du 21 01 2017 non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non  oui  à partir du 21 01 2017

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien  
(nom et prénom)

identifiant

date 20 07 2017

signature du praticien