

Paul à André le 9/11/2019

n° 11138^04  
CM-PRE

accident du travail  
maladie professionnelle

initial  de prolongation  
 final  de rechute

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)  
régime : général  agricole  autre  lequel ?

numéro d'immatriculation : 161072142300114

nom de famille (de naissance suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

GRAS  
Bernard

adresse où la victime peut être visitée (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

s'agit-il

d'un accident du travail ?

d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle

17 01 2017

(voir notice 1)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui

non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art L 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

domaine AF gras - domaine Philippon

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

● constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice 2)

syndesmolyse opérée, arthrolyse LS S1  
lombosciatalgies persistantes

● conséquences

- soins (sans arrêt de travail)  jusqu'au

- arrêt de travail  jusqu'au

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

toute et un mois 2019  
21 03 2019

inclus

sorties autorisées : oui  à partir du

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

26 12 2018

(voir notice 3)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale  du

au

(art L.433-1 du Code sécurité sociale Voir notice 3)

- reprise de travail à temps complet le

(voir notice 3)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice 3)

● conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice 3)

guérison avec retour à l'état antérieur  date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure  date

consolidation avec séquelles  date

identification du praticien  
(nom et prénom)

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

date 26 12 2018

signature du praticien

IMP COSTE 07200 AUBENAS

CM-PRE S6909d