

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil

(art.L.162-4-1-1er al.,L.162-4-4,L.315-2,L.321-1-5,L.323-6,L376-1,L613-20,R321-2,R323-11-1,D323-2,D613-19,D613-23 du Code de la sécurité sociale,L732-4 et 762-18-1 du Code rural et pêche maritime)

## L'assuré(e)

numéro d'immatriculation : **269019568001932**nom de naissance, prénom : **ROBERT BETHUNE CORINNE, (ROBERT BETHUNE)**

(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)

adresse où le malade peut être visité (si différente de l'adresse habituelle) (1) **34 RUE STE MARGUERITE**code postal : **21200** Ville : **BEAUNE** N° tél :

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? **Non** Date :l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale? : **Non**l'arrêt prescrit est en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? : **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 ②)

médecin remplaçant le médecin traitant   
ou le médecin prescripteur initialmédecin spécialiste consulté à   
la demande du médecin traitantà l'occasion d'une   
hospitalisationautre cas  précisez et indiquez le motif:

## L'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

e.mail :

n° de téléphone :

adresse

## Les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom): **ROBERT BETHUNE ROBERT BETHUNE CORINNE**• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : **douze octobre 2021**

inclus

et

- en chiffres : **12/10/2021**

inclus

**Sans rapport** avec une affection de longue durée (voir notice ③)**Sans rapport** avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ④)**\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée**sorties autorisées : **Oui** à partir du **11/10/2021**

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ⑤)

**par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restrictions d'horaire :****Non** à partir du (voir notice ⑥ bis)• et prescrit un temps partiel pour raison médicale **Non** du au

(voir notice ⑦)

avec une affectation de longue durée (voir notice ⑧)

**\*\*une des deux cases doit être obligatoirement cochée**

éléments d'ordre médical (voir notice ⑨) :

Codification du motif médical ou éléments en toutes lettres : **repos post opératoire**

identification du praticien

Docteur **YACOUB Azadah**

N°RPPS : 10100169563

Date : **11/10/2021** signature du praticien

identification de la structure

Centre Hospitalier de Beaune

Av. Guigone de Salins B.P. 40 104 - 21203 BEAUNE Cedex

N° FINESS 210987657

