

## BULLETIN DE SITUATION

**Madame ROBERT BETHUNE CORINNE née ROBERT BETHUNE**

Née le : 11/01/1969

Séjour numéro : 211997953

Adresse : 34 RUE STE MARGUERITE

Code postal : 21200

Ville : BEAUNE (FRANCE)

Numéro de sécurité sociale : 2690195680019 32

Caisse : 01211 Centre : 000

Coefficient antérieur acquis :

Coefficient en K : 0

Est hospitalisée depuis le : 11/10/2021

Est présente le : 11/10/2021

*Sophie*

**Visa du bureau des entrées**

Le



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-ter al.,L.162-4-4,L.315-2,L.321-1-5,L.323-6,L.376-1,L.613-20,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 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? **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 initial

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 **SAS FRANÇOIS PARENT** e.mail : **fparent@orange.com**

**et SARL CATOLINE PARENT ET ASSOCIES**

n° de téléphone : **05 62 17 95 57**

adresse **1 Place de l'Europe 21630 PONTARD**

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** au

(voir notice ⑥)

avec une affectation de longue durée (voir notice ⑦)

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

éléments d'ordre médical (voir notice ⑧) :

**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



# Avis d'arrêt de travail

n°10170\*05

PRN-PRE

Initial

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.162-4-1-1er 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 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) **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:

médecin remplaçant le médecin traitant   
ou le médecin prescripteur initial

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 **SAS FRANÇOIS PARENT ET SARL CAROLINE PARENT ET ASSOCIES** e.mail : **cparentgross@gmail.com**  
adresse **1 Place de L'EUROPE 21630 PANNARD** n° de téléphone : **05 61 17 95 37**

## Les renseignements médicaux

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 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)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

(voir notice ⑦)

avec une affectation de longue durée (voir notice ⑧)

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

### identification du praticien

Docteur **YACOUB Azadah**  
N°RPPS : 10100169563



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

### identification de la structure (raison sociale et adresse de l'établissement)

**Centre Hospitalier de Beaune**  
**Av. Guigone de Salins B.P. 40 104 - 21203 BEAUNE Cedex**  
N°FINESS



210987657

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, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-1-1, 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 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 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? **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 ①)

médecin remplaçant le médecin traitant     médecin spécialiste consulté à     à l'occasion d'une   
ou le médecin prescripteur initial                    la demande du médecin traitant                    hospitalisation

autre cas     précisez et indiquez le motif:

### L'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale **SAS FRANCIS PARENT** e.mail : **fparentgros@gmail.com**  
**et SARL CAROLINE PARENT.**                    n° de téléphone : **06 61 17 95 37**

adresse **A Place de L'EUROPE 21630 POUILLEY**

### 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 : **dix sept octobre 2021**                    inclus

et

- en chiffres : **17/10/2021**                    inclus

**Sans rapport** avec une affection de longue durée (voir notice ①)

**Sans rapport** avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ①)

\* **sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée**

sorties autorisées : **Oui** à partir du **13/10/2021**

(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 ⑤ bis)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale **Non** du au

(voir notice ①)

avec une affectation de longue durée (voir notice ①)

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

éléments d'ordre médical (voir notice ⑦) :

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

identification du praticien

Docteur **YACOUB Azadah**

N°RPPS : 10100169563



Date : **13/10/2021** 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



# Avis d'arrêt de travail

n°10170\*05

PRN-PRE

 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.162-4-1-1er 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? (voir notice 2) **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:

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 **SAS FRANCOIS PARENT** e.mail : **cparentgross@gmail.com****et SARL CAROLINE PARENT**n° de téléphone : **0561179537**adresse **2 Place de l'Europe 21630 Pommard****Les renseignements médicaux**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 : **dix sept octobre 2021** inclus

et

- en chiffres : **17/10/2021** inclus**Sans rapport** avec une affection de longue durée (voir notice 3)**Sans rapport** avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 3)**\*sur chaque ligne, une des deux cases doit être cochée**sorties autorisées : **Oui** à partir du **13/10/2021**

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3.)

**par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restrictions d'horaire:****Non** à partir du (voir notice 3)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

(voir notice 3)

avec une affectation de longue durée (voir notice 3)

**\*\*une des deux cases doit être obligatoirement cochée****identification du praticien****Docteur YACOUB Azadah**

N°RPPS : 10100169563

Date : **13/10/2021** signature du praticien**identification de la structure (raison sociale et adresse de l'établissement)****Centre Hospitalier de Beaune**  
**Av. Guigone de Salins B.P. 40 104 - 21203 BEAUNE Cedex**

N°FINESS



210987657