

n°10170*06
PRN-PRE

initial de prolongation (*)

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-teral, L.162-44, 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) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation 269019568001932

nom et prénom ROBERT-BETHUNE Couinne
(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) 012112130

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

code postal ville n° téléphone : 0761039650

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 date non

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 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 n° téléphone : 0380226185

adresse 1 Place de l'Europe 21530 PONTARVO e.mail : fparentgros@gmail.com

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

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
 - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) quinze septentr 2022
 et
 - en chiffres 15 09 2022
 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 du 16 09 2022 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 (voir notice 4)

et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au (voir notice 5)

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

** une des deux cases doit être obligatoirement cochée

éléments d'ordre médical (voir notice 6)

Codification du motif médical OU éléments en toutes lettres :

as dyjets

identification du praticien (nom et prénom)

DOCTEUR BAUDRILLART XAVIER
01 GENERALISTES
CONVENTIONNÉ SECTEUR I

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

28 A AVENUE DE LA SABLIERE

date 12 09 2022

RPPS signature du praticien

21200 BEAUNE

=> 21 1 00429 6 00 1 20 1 01 n°AM

PRN-PRE S3116h