

Dr Stéphanie LAPORTE
Spécialiste en Médecine générale
Conventionné
RPPS 10100573988

Dr Baptiste MOREL
Spécialiste en Médecine générale
Conventionné
RPPS 10100889491
Adeli 21 1 01245 5

Mail du cabinet médical : cabinetmedicaldesavignylesbeaune@orange.fr
En cas d'urgence appeler le 15

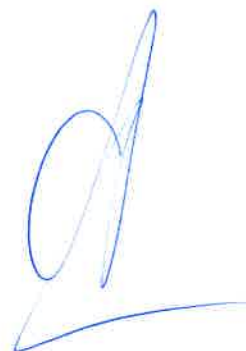
Apicrypt (professionnels de santé) : Baptiste.MOREL@medical21.apicrypt.org
19 Rue Vauchey Very
21420 Savigny Les Beaune
RDV : 03 80 26 44 70
Fax : 03 80 26 24 94

le 29/01/2024

Je soussigné(e) Docteur MOREL Baptiste , certifie que l'état de santé de Madame BELIN-LEDUC Geraldine , nécessite un temps thérapeutique (60%) à compter du 30/01/2024 au 01/03/2024 inclus.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Dr Baptiste MOREL



Membre d'une association de gestion agréée, le règlement par chèque et carte bancaire accepté.



Données télétransmises de l'avis d'arrêt de travail à l'Assurance Maladie

initial de prolongation

Exemplaire à adresser
à votre EMPLOYEUR ou
au POLE EMPLOI

(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, R.441-10, L.433-1, R.433-15, 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 : 2 6 8 0 6 2 8 2 8 0 0 4 5 7 3

nom et prénom : LEDUC BELIN-LEDUC GERALDINE REGINE PAU

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

code postal : ville : n° téléphone :
bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès à la résidence :

(1) L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence.

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui date :
situation professionnelle : salarié(e)

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 :

adresse :

n° téléphone : e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : LEDUC BELIN-LEDUC GERALDINE REGINE PAU

- et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - } inclus
 - en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse
 - en rapport avec un accident du travail, maladie professionnelle date AT/MP :
 - sorties autorisées : oui à partir du :
 - sorties sans restriction : oui à partir du :
 - activité(s) autorisée(s) : oui à partir du :
- et prescrit un temps partiel / travail aménagé pour raison médicale du : 30/01/2024 au : 01/03/2024
 - en rapport avec un accident du travail, maladie professionnelle date AT/MP :

Identification du praticien (nom et prénom)
MOREL BAPTISTE

Identifiant : 10100889491

Date : 30/01/2024

Signature :

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

- Vous êtes salarié(e) : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser à votre employeur. Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur.
- Vous êtes sans emploi : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser au POLE EMPLOI.
- Vous exercez une profession indépendante : Votre médecin vous remet cet exemplaire à titre d'information.

IMPORTANT : Quelle que soit votre situation, n'oubliez pas :

- de respecter les heures de présence à domicile (de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures), sauf en cas de sorties autorisées sans restriction d'horaire ou à l'occasion d'un temps partiel pour raison médicale,
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical,
- de vous abstenir de toute activité non autorisée.

ATTENTION : En dehors des cas prévus par la réglementation, la prolongation d'un arrêt de travail doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant. Cas particulier en cas d'arrêt suite au décès d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 25 ans : dans les 13 semaines suivant le décès, aucun délai de carence ne sera appliqué pour le premier arrêt de travail.

Pour plus d'informations : www.ameli.fr/arret-de-travail ou scannez le QR Code
Référence transmission : AAT-AS-022150000-240129-182309-631

