

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

l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation

nom et prénom (nom de famille - de naissance - suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

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 de la résidence :

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

salarié(e)  fonctionnaire  profession indépendante  non salarié(e) agricole  élu(e) local(e)

artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA  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

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 n° téléphone

adresse e.mail :

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au et inclus

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2) sans rapport\*  en rapport\*  avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :

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

sorties autorisées : oui  à partir du non  (voir notice 4)

sorties sans restriction : non  oui  à partir du (voir notice 5)

activité(s) autorisée(s) : oui  à partir du non  (voir notice 6)

• et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au (voir notice 7)

sans rapport\*\*  en rapport\*\*  avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :

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

identification du praticien (nom et prénom)

Dr BUGGO Lucie Médecin Urgentiste RPPS 19100608008

Dr L. BUCCO URGENCES SMUR HOSPICES CIVILS DE BEAUNE

date signature du praticien