

(art. L.162-4-1, L.162-4, L.315-2, L.321-1, L.323-6, L.376-1, L.433-1, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, 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 : 291110199113191618171
nom et prénom : Louis UTR Tansa
(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) : 2 rue Pierre Corneille
code postal : 91350 ville : S. LOUP GERNGES 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) SSAA 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 :

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 : DANNE A F ORS n° téléphone : 0761039660
e.mail :
adresse : 5 grande rue la borie 91350 BANNIERE

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

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au :
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) dix sept octobre deux mille sept cent
et
- en chiffres : 17/10/2017 inclus

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

sorties autorisées : oui à partir du : (voir notice 4)
sorties sans restriction : oui à partir du : (voir notice 5)
activité(s) autorisée(s) : oui à partir du : (voir notice 6)

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

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