

(art L.162-4-1-1era, L.162-44, 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 2911099139161811

nom et prénom LEITE JESSICA  
*(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 21350 ville Saint-Loup-Genouvrier n° téléphone 0606443851

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 DOMAINE AT ETOS n° téléphone 0961039660

e.mail : \_\_\_\_\_

adresse 5 Grande Rue La Fayette, 21630 PONTAIRD

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

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

- et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 01/12/2020 inclus *(en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et en chiffres)*

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 : \_\_\_\_\_

### identification du praticien (nom et prénom)

JUERY CAMILLE *le* JUERY  
*âge - femme libérale*

signature du praticien [Signature]

date 28/11/2020

=> 21 5 00782 4

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).

021144 - 322707 - 334178