

(art. L.162-4-1, 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 2901509913916181A1

nom et prénom LEFF 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 31350 ville Saint-Loup-Gerard n° téléphone 0606413851

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 GROS n° téléphone 0761039660

e.mail : _____

adresse 5 Grande Rue La Cayolle 31630 JAMBLAT

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____ *(à compléter obligatoirement)* et _____ *(en chiffres)* inclus

age de grossesse 35 ans 6 mois 15 j

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
N° RPPS 1010569535t
N° ADEL 21500783

signature du praticien

=> 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