

n°10170*06
PRN-PRE

initial de prolongation (*)

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

(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, 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) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation 257012123131083

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

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

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

activité salariée fonctionnaire profession indépendante activité non salariée agricole
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

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui non

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui non

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante (voir notice ③) :

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant à l'occasion d'une hospitalisation
autre cas précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale SAS DOMAINE AFGROS n° téléphone : 0380226185
adresse 5 Grande Rue 21630 POMMARD e.mail : contact@af-gros.com

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au vendredi dix sept février 23 inclus
(à compléter obligatoirement)
- en toutes lettres : 1702223
- en chiffres

sans rapport* en rapport* avec une affection de longue durée (voir notice ①)

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ②)

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

sorties autorisées : oui à partir du 1302223 non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ③)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du _____ (voir notice ④)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du _____ au _____ (voir notice ⑤)

sans rapport** en rapport** avec une affection de longue durée (voir notice ①)

** une des deux cases doit être obligatoirement cochée

éléments d'ordre médical (voir notice ⑥)

Codification du motif médical _____ OU éléments en toutes lettres : Contd19

identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR PINGOT ERIC
01 GENERALISTES
CONVENTIONNE SECTEUR I

date 1302223

RPPS

signature du praticien

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

17 RUE NOTRE DAME

21630 POMMARD

=> 21 1 02910 3 00 1 20 1 01 n°AM

PRN-PRE S3116h