

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil  
(art. L.162-4-1-Ier 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, R.441-10, L.433-1, R.433-15, 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

nom et prénom Marcus Martinez José  
(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) : Marcus Martinez José

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au quatre novembre deux mille vingt deux  
(à compléter obligatoirement) et 04 11 20 22 inclus  
- en toutes lettres :  
- en chiffres :

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)

DOCTEUR LOUWS JOHAN

Docteur J. LOUWS  
Médecin généraliste  
2 rue de la Cour Verreuil - SANTENAY  
03 80 20 61 80  
03 80 20 61 80

date deux  
02 11 2022

signature du praticien

=> 21 1 01931 0