

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

ville :

n° téléphone :

batiment :

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

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ? date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelleprésentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

● constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ②)

● conséquences

- soins (sans arrêt de travail) jusqu'au :- arrêt de travail jusqu'au :- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres :blessé et un mois 2018
3/03 2018

inclus

sorties autorisées : oui à partir du

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ⑤)

non

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

non oui à partir du

(voir notice ⑥)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale du

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑤)

au

- reprise de travail à temps complet le

(voir notice ⑥)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice ⑦)

● conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑧)

guérison avec retour à l'état antérieur

date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure

date

consolidation avec séquelles

date

identification du praticien
(nom et prénom)

Docteur PINGOT Eric

01 Médecine Générale

Conventionné

date

26/12 2018

signature du praticien

identification de la structure

(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

17 Rue Notre Dame

21630 POMMARD

=> 21 1 02910 3 00 1 20 1 01 n°AM

IMP. COSTE 07200 AUBENAS

CM-PRE S6909d