

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 189073307510125

nom et prénom LABONNE JULIEN

(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) : 549 ROUTE DE CURTOT

code postal 33650 ville Saint-Morillon

n° téléphone : 0760534409

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 thermique ? 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

n° téléphone :
e.mail :

adresse

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres

inclus

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 25.6.19 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 :

identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR JEAN-MARC LAFARGUE

01 MEDECINE GENERALE

date

25.6.19

CONVENTIONNE

signature du praticien

b

identification de la structure

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

13 RTE DU STADE

33650 SAINT MORILLON

=> 33106773600120101 n°AM

PRN-PRE S3116h