

avis d'arrêt
de travail initial de prolongation (*)volet 1, à adresser
au service médical

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-ter al, L.162-44, 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 datenon

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

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

11 JUIN 2019

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 :

Dol episode 6

identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR JEAN-MARC LAFARGUE

01 MEDECINE GENERALE

date 25.6.19

CONVENTIONNE

signature du praticien

J

13 RTE DU STADE

33650 SAINT MORILLON

> 33 106773 6 00 1 20 1 01 n°AM

identification de la structure

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

PRN-PRE S3116h