

[illegible]

avis d'arrêt de travail

☒ initial ☐ de prolongation (*)

volet 2, à adresser
au service médical
(qui le remettra
aux services administratifs)

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^{er} al., L. 162-44, L. 315-2, L. 321-1-5^{ème} 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 201010216914321881

nom et prénom LAMACORA Maelle
(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) : 25 rue pierre et marie curie

code postal 02430 ville Gauchy n° téléphone : 06 44 92 71 98

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 ☐ médecin spécialiste consulté ☐ à l'occasion d'une hospitalisation ☐

ou le médecin prescripteur initial ☐ à la demande du médecin traitant ☐

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) : LAMACORA Maelle

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au / 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 / 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

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

** une des deux cases doit être obligatoirement cochée

identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR LAGERSIE PIERRE
01 MEDECINE GENERALE
CONVENTIONNEE

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

10 R D'EPARGNEMAILLES

02100 SAINT QUENTIN

date 23/03/2021

RPPS

signature du praticien

Sebastien LAGERSIE
Médecin remplaçant

=> 02 1 80104 8 01 1 25 1 01 n°AM

PRN-PRE S3116h