

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M ou Mme le Médecin-Conseil

numéro d'immatriculation

nom et prénom

(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 ☐

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 1) :

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 médecin)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : HAFI AHMED HBE TASLITA

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et en chiffres 12032023 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)

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès :

* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée (voir notice 3)

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 04032023 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 une affection de longue durée (voir notice 1)

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

éléments d'ordre médical (voir notice 9)

Codification du motif médical

OU éléments en toutes lettres : AXE7icH875814

identification du praticien

(nom et prénom)

D. LALOUX

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

GH Carnelle Portes de l'Oise
Urgences Médico-Chirurgicales
25 rue Edmond Turcq
95260 Beaumont S/Oise
T. 01 39 37 15 00

date 04032023 signature du praticien