

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

nom et prénom

(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) :

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

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
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) : DIENG NAINGUNA

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres : Neuf mai deux mille vingt et un
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 09 05 2021

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 23 04 2021 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)identification de la structure
(raison sociale de l'établissement)
HOPITAL DE LA CONCEPTION
Service de Chirurgie Générale et Endocrinienne
Pr SEBAG

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date

23 04 2021

signature du praticien

23 AVR. 2021

FINES 13 078 604 9
35369 - hospitalisation
UF 5800

PRN-PRE S3116h