

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.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

2 62 10 99 32 42 18 28

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))

TOPOLO TOKE

prénom

Marguerite

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)

01 61 62 11

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1)

code postal

ville

n° de 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 résidenceactivité salariée ☒profession indépendante ☐sans emploi ☐

date de cessation d'activité

précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2) oui ☐

date

non ☒

l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermale

oui ☐non ☒

l'arrêt prescrit est 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 :

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

SARL S'NER AM

adresse

238 Rue du Luxembourg / Immeuble LIAISON
83500 LA SEYNE SUR MER

n° téléphone :

e-mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : M^{re} TOPOLO TOKE Marguerite

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : Premier Juin deux mille quatorze inclus

sans rapport* ☐en rapport* ☐

avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice 3)

sans rapport* ☐en rapport* ☐

avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées :

oui ☒

à partir du 02052014

non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 5)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐oui ☐

à partir du

(voir notice 5 bis)

reprise à temps partiel pour raison médicale ☐

à partir du

(voir notice 6)

(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)

éléments d'ordre médical (voir notice 7) :

Insuffisance cardiaque Refractaire
au traitement.

date 02052014

signature du praticien

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

CENTRE HOSPITALIER DE CANNES
SERVICE DE CARDIOLOGIE
Docteur LIPRANDI

Cardiologue

06 1 10448 5