

HÔPITAL PRIVE MEDIPOLE DE SAVOIE  
300 AVENUE DES MASSETTES  
CS 10088  
73190 CHALLES LES EAUX  
N° Finess : 730004298  
Tél : 04 79 26 80 80  
Siret : 512 715 947 00028

## BULLETIN DE SITUATION

### Mode de traitement : Ambulatoires

Ref dossier : 22 / 36946

#### Renseignements Patient :

N° IPP : 421591

Nom : ORTHOLLAND  
Né (e) Le : 19/07/1999  
Adresse : 518 ROUTE DE BERMOND  
73200 PALLUD

Prénom : CLARA

Entré (e) le : 24/10/2022

sorti (e) le : 24/10/2022

Mode d'Entrée : Vient du domicile  
Mode Sortie : 80

DMT : 181 Chirurgie Générale

RISQUE : 10 Maladie

Ticket Modérateur : Exonération CCAM

Chirurgien : Dr BOILEAU LAURENT optam

#### Renseignements Assuré :

Nom : ORTHOLLAND  
N° SS : 2990773011057 78  
Caisse : 01731895 CPAM ISERE/ ASSURE CHAMBERY  
DEPARTEMENT ETABLISSEMENTS  
2 RUE DES ALLIES  
38045 GRENOBLE CEDEX 9

Prénom : CLARA

Mutuelle : ALMERYS  
46 RUE DU RESSORT

63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9

CHALLES LES EAUX le, 24/10/2022



*Le Bulletin d'hospitalisation tient lieu d'avis d'arrêt de travail durant la période d'hospitalisation et à ce titre doit être transmis rapidement à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie pour le versement de vos indemnités journalières*

# avis d'arrêt de travail

☒ initial ☐ de prolongation

volet 3, à adresser  
à votre  
**EMPLOYEUR**  
ou à  
**l'ASSEDIC**

(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 9 9 0 7 7 3 0 1 1 0 5 7 7 8

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

prénom Clara

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° 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 résidence

activité 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'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse

n° téléphone :  
e.mail :

## les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : ORTHOLLAND Clara

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : vingt neuf octobre deux mille vingt deux inclus

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 2 5 1 0 2 0 2 2 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 5bis)

reprise à temps partiel pour raison médicale à partir du (voir notice 6)

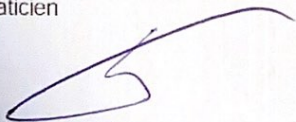
(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)

### MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR :

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai  
afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

date 2 4 1 0 2 0 2 2

signature du praticien



identification du praticien (nom, prénom et n° ADEL et/ou n° RPPS)  
Docteur BOILEAU Laurent  
10100287266

MÉDIPÔLE DE SAVOIE  
300 avenue des Massettes  
73190 CHALLES LES EAUX

730004298

correspondance éventuelle destinée à l'employeur