

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-44, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.326-6, 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)**

numéro d'immatriculation 2 9 9 1 1 7 4 0 1 0 1 0 1 0 4

nom et prénom PLUTA ISIS

(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)

0 1 7 4 1 4 1 6 2

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

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui ☐ date non ☒

**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).

**l'employeur**

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone :

e.mail :

adresse

**les renseignements médicaux**

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : PLUTA ISIS

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres : 18 novembre 2021

(à compléter obligatoirement)

et

- en chiffres 1 8 1 1 2 0 2 1

inclus

sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse

\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 1 7 1 1 2 0 2 1 non ☐

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

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

non ☒ oui ☐ à partir du

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

**identification du praticien**

(nom et prénom)  
RAGINEL COLETTE

identifiant 1 0 0 0 3 0 9 2 5 4 0

date 1 7 1 1 2 0 2 1 signature du praticien

**PRN-PRE S3116g**