

**à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil**  
(art. L.162-4-1-er 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, R.441-10, L.433-1, R.433-15, 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	102081305605924
--------------------------	-----------------

nom et prénom Alexis MONTIEL

(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) : 46 avenue grugliasco

code postal 38130 ville Echirolles

n° téléphone + + 3 3 6 3 6 1 7

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](#))

[illegible]

## 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** (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Alexis MONTIEL

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au à compléter obligatoirement vingt-six septembre deux mille vingt-trois

et

- en chiffres 26/09/2023 inclus

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 : | | | | | | | |

**\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée**

sorties autorisées : oui ☐ à partir du | | | | | | | | 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 un accident de travail, maladie professionnelle

Date AT/MP : | | | | | | | |

**\*\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée**

identification du praticien  
(nom et prénom)

Dr Valentin JOLY

identifiant 10101637550

date 25/09/2023

signature du praticien

*John*

Dr Valentin JOLY  
Médecine générale  
Finess : 940024912  
RPPS: 10101637550

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et  
aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission  
nationale Informatique et Libertés (CNIL).  
La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des  
avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

PRN-BIS S 3116i