

avis d'arrêt

Linitial	de prolongation	(

vol	et	1,	à	adresser
au	56	rv	ice	e médical

PRN-PRE à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil # 1 1824 1 18 4 L 1824 L 315 2 L 23 1 Some at L 226 L 376 L 613 20 R 221 2 R 22 11 1 D 223 2 D 613 19 D 613 23 du Code de la virusté acceste L 722 4 d 762 18 1 du Code notat de la photo e l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient) numero 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) ville n° téléphone code postal bâtiment: étage : code d'accès de la résidence : escalier: appartement: (1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence profession indépendante activité non salariée agricole activité salariée fonctionnaire 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 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 ? (*) 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 8): médecin remplaçant le médecin traitant à l'occasion d'une médecin spécialiste consulté ou le médecin prescripteur initial hospitalisation à la demande du médecin traitant autre cas précisez et indiquez le motif : l'employeur n° téléphone : nom, prénom ou dénomination sociale e.mail: adresse les renseignements je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) en toutes lettres : et prescrit un arrêt de travail jusqu'au et en chiffres avec une affection de longue durée (voir notice 1) en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2) en rapport* * sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoiremen sorties autorisées: oui 🗸 à partir du (l'assure(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 par exception, pour raison médicale/dûment justime, s ans restriction d'horaire : rties autorisées à partir du et prescrit un temps partiel pour raison médicale du (voir notice 6) 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 identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) (nom et prénom) DR MANOS ANTOINE 75 AV GABRIEL PERI 01 MEDECINE GENE MMEUBLE AXONE 031505 RPPS 10002995719 38400 ST MARTIN D HERES signature du praticien => 38 1 60004 8 00 1 23 1 01 n°AM PRN-PRE S3116h La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers e applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pé ancières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal et article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale)