

DOCTEUR JOSEPH COURLAND

MÉDECINE GÉNÉRALE
DIPLOMÉ DE NUTRITION ET DIÉTÉTIQUE
DE L'UNIVERSITÉ PARIS VII

13, AVENUE SECRÉTAN
75019 PARIS
TÉL. : 01.42.08.04.20

CONSULTATIONS SUR RENDEZ-VOUS:
DOCTOLIB

RPPS:



10000167626

Mr Amzili

NASACORT - 1/4

2 pax 1x matin 5x par jour des 2 semaines

TOPREXIL AROP - 1/4

1 dose 10 ml 30s 1x

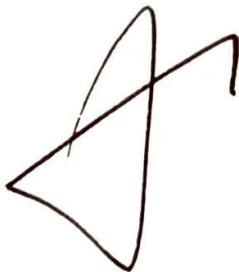
Vit C 1gr

1x par le matin pendant 10 j

DOCIRANE 1gr 1/4

1c. 1x les 6h de Combinaison
frère / frères.

03 02 2023



AM:



751317306

EN CAS D'URGENCE, APPELER LE 15.

MEMBRE D'UNE ASSOCIATION DE GESTION AGRÉÉE, LE RÈGLEMENT DES HONORAIRES PAR CHÈQUE EST ACCEPTÉ.



2 N 36719

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil
(art L162-4-1-1er al., L162-4-4, L315-2, L321-1-5ème al., L328-3, L376-1, L613-20, R321-2, R323-11-1, D323-2, D613-19, D613-23 du Code de la sécurité sociale, L732-4 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

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) :

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 (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui ☐ date 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 ? 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 (voir notice 3) :

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

n° téléphone :

adresse

e.mail :

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : M. AMZILI BADR

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 03 02 2023

inclus

sans rapport* ☒ en rapport* ☐ avec une affection de longue durée (voir notice 1)sans rapport* ☒ en rapport* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)

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

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 03 02 2022 non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

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

non ☐ oui ☐ à partir du (voir notice 4)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

(voir notice 5)

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
(nom et prénom)

DOCTEUR JOSEPH COURLAND

01 MEDECINE GENERALE

date 03 02 2023

CONV. HONORAIRES

signature du praticien

identification de la structure

(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

13 AV SECRETAN

TEL 01 42 08 04 20

75019 PARIS

=> 75 131730 6 00 3 31 1 01 n°AM