

avıs a arre de travail

	#rremoved	
initial		de prolongation

votet 1, à adresses au service médica

PRN-PRE S3116g

PRN-PRE à adresser, dans les deux jours, àl'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil (art L.162-4-1-fer al., L.102-4-4, L.315-2, L.321-1-56 mer al., L. 326-6, L. 376-1, L. 613-20, R. 321-2, R. 323-1 1-1, (5. 323-2, D. 613-15). (2.613-15). (2.613-16). (2.614-6). 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 appartement: bâtiment : étage : 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 activité non salariée agricole profession indépendante sans emploi date de cessation d'activité précisez votre situation (voir notice 0) l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui date l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? non oul 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); médecin remplaçant le médecin traitant médecin spécialiste consulté à l'occasion d'une ou le médecin prescripteur initial hospitalisation à la demande du médecin traitant précisez et indiquez le motif autre cas 'employeui n° téléphone : nom, prénom ou dénomination sociale e.mail: adresse les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien PERNOT MATIME QUATIONZE NOVEMBRE 2021 je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) inclus et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en chiffres avec une affection de longue durée (voir notice 11) en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2) en rapport* * sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée (l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 🚯 par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire : 05/1 2021 à partir du non et prescrit un temps partiel pour raison médicale du (voir notice 6) en rapport** avec une affection de longue durée (voir notice 1) sans rapport** ** une des deux cases doit être obligatoirement cochée éléments d'ordre médical (voir notice 6) OU éléments en toutes lettres Codification du motif médical chungi ca le identification de la structure identification du praticien (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) (nom et prénom) 21 RUE DE CHAZELLES DOCTEUR MASSON JEAN CLINIQUE DU PARC MONCEAU 46 CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE 75017 PARIS date 05 11 20 21 CONVENTIONNE HONO. LIBRES signature du pratic**ie**n 75 1 05790 2 00 3 31 0 46 n°AM

=> 75 1 05/90 2 00 3 31 0 40