



initial



de prolongation (*)

volet 1, à adresser
au service médical

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. 162-4-1-1er 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

nom et prénom

(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) :

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

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)

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

e.mail :

adresse

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)

et

- en chiffres

07 05 2024

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)

sans rapport* ☒ en rapport* ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :

sans rapport* ☒ en rapport* ☐ avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès :

* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée (voir notice 3)

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 03 05 2024 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 une affection de longue durée (voir notice 1)

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

éléments d'ordre médical (voir notice 9)

Codification du motif médical

OU éléments en toutes lettres :

identification du praticien

(nom et prénom)

DR VERNEY GILLES

01 MEDECINE GENERALE
CONVENTIONNEE

identification de la structure

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

31 B AV DU 8 MAI 1945

38500 VOIRON

date 02 05 2024

signature du praticien

=> 38 1 06270 2 00 1 20 1 01 n°AM

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification 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 d'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)

Docteur Gilles VERNEY

Médecine Générale
38 1 06270 2

Consultations sur rendez-vous tous les jours

L'Atrium de Vouise
31B avenue du 8 mai 1945
38500 VOIRON

Tel : 04 76 05 11 89
Portable: 06 74 62 35 62

Le jeudi 2 mai 2024

Je soussigné, Dr VERNEY, Docteur en Médecine, certifie que l'état de santé de Gaetan PETRI nécessite son maintien à la maison du 3 au 7 mai 2024, sa santé étant altérée depuis 3 semaines déjà.

Dr VERNEY Gilles

31 B, avenue du 8 Mai 1945

38500 VOIRON

38 1 06270 2 00 1 20 1 01 N° AM



N.Nais. : PETRI - Pr. 1 : GAETAN - DDN : 12/07/2002 - S : M - INS : 1 02 07 83 023 033 07 (NIR)