

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnem avantages indus (articles 313-là 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code p

avis d'arrôt

1		_			
1	initial		de	prolongation	(*)

volet 1, à adresser au service médical

PRN-BIS à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil
L18241-lord.L18244.L3152.L321-5med.L3336.L361.L8130 R. २०१३ व १७५१६ n १९२० R.M. 10 L433 R.स्ट्रांड n हाउ था n हाउथ व विकास के अवस्था तथा के अधिक क्षित्र के विकास के अधिक स्थापन क्षा क्षा के स्थापन क्षा क्षा के स्थापन क्षा के स्थापन क्षा क्षा के स्थापन क्षा क्षा के स्थापन क्षा के स्थापन क्षा के स्थापन क्षा के स्थापन क्षा क्षा के स्थापन क्षा क्षा के स्थापन क्षा क्षा के स्थापन क्षा क्षा के स्थापन के स्थापन क्षा के स्थापन के स्थापन क्षा के स्थापन के स्थापन के स्थापन क्षा के स्थापन के स्थापन के स्थापन के स्थापन क्षा के स्थापन क्षा के स्थापन क् 'assuré(e) (voir la numéro d'immatriculation nom et prénom Zi Li Bac 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) date de cessation d'activité précisez votre situation (voir notice 1) artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA sans emploi 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 oui l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? non oui (*) 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 médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou le médecin prescripteur initial hospitalisation autre cas précisez et indiquez le motif : 'employeur n° téléphone nom, prénom ou dénomination sociale e.mail: adresse les renseignements médicaux // je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) (à compléter obligator et prescrit un arrêt de travail jusqu'au et 1001202 W - en chiffres avec une affection de longue durée (voir notice 0) en rapport* sans rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2) en rapport* sans rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP: en rapport* sans rapport avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès en rapport* sans rapport* * sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée non à partir du sorties autorisées : oui à partir du sorties sans restriction : non à partir du oui activité(s) autorisée(s): et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du (voir notice 7) 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: sans rapport** ** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée éléments d'ordre médical (voir notice 1) OU éléments en toutes lettres : Codification du motif médical identification du praticien identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) (nom et prénom) DR DAHSHAN SULEIMAN 01 MEDECINE GENERALE CONVENTIONNE 17 R SERVAN RPPS 10003112736 38000 GRENOBLE date 82012-27 signature du praticien => 38 1 07632 2 00 1 23 1 01 n°AM Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Info aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de dit nationale Informatique et Libertes (CNIL). lication de ces droits, votes p coupable de fraudes ou de fausses décla 1-1 du Code de la sécurité sociale)