

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4, 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, 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)

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 datenon

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

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 dunon

(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)

identifiant

identification de la structure

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

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

PRN-PRE S3116h

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. 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, 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)

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 datenon

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

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 dunon

(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

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

date

signature du praticien

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

PRN-PRE S3116h

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-44, 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, 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)

numéro d'immatriculation			
nom et prénom <i>(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)</i>			
code de l'organisme de rattachement <i>(voir votre attestation papier Vitale)</i>			
adresse où le malade peut être visité <i>(si différente de votre adresse habituelle) (1) :</i>			
code postal	ville	n° téléphone :	
bâtiment :	escalier :	étage :	appartement :
code d'accès de la résidence :			
<i>(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence</i>			
activité salariée <input type="checkbox"/>	fonctionnaire <input type="checkbox"/>	profession indépendante <input type="checkbox"/>	activité non salariée agricole <input type="checkbox"/>
sans emploi <input type="checkbox"/>	date de cessation d'activité		précisez votre situation
l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale	n° téléphone :
	e.mail :
adresse	
les renseignements médicaux	
je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :	
• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au	inclus
<ul style="list-style-type: none"> - en toutes lettres : <i>(à compléter obligatoirement)</i> et - en chiffres 	
sans rapport* <input type="checkbox"/> en rapport* <input type="checkbox"/> avec un état pathologique résultant de la grossesse	
* <u>une des deux cases doit être obligatoirement cochée</u>	
sorties autorisées: oui <input type="checkbox"/> à partir du	
<i>(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)</i>	
par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :	
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à partir du	
• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du	
au	

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

date

signature du praticien