

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-ter 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 différent 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
(à compléter obligatoirement)
 - en toutes lettres :
 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)
 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 (voir notice 8) Date du décès :

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

sorties autorisées : oui à partir du 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 :