

(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)

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 _____

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui date _____ non

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 _____
- en toutes lettres : _____
 (à compléter obligatoirement)
 et
- en chiffres _____ } inclus

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse
** une des deux cases doit être obligatoirement cochée*

sorties autorisées: oui à partir du _____ non
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du _____

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du _____ au _____

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant _____

date _____ signature du praticien _____