

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.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

### l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))

prénom

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° de 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  profession indépendante

sans emploi  date de cessation d'activité précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2) oui  date non

l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermale oui  non

l'arrêt prescrit est 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 :

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

adresse

n° téléphone :  
e.mail :

### les renseignements médicaux

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : premier mars des 11 heures inclus

sans rapport\*  en rapport\*  avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice 3)

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui  à partir du 13/03 non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 5)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non  oui  à partir du (voir notice 5 bis)

reprise à temps partiel pour raison médicale  à partir du (voir notice 6)

(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)

éléments d'ordre médical (voir notice 7) :

Fracture du coude gauche.

date 13/03/13

signature du praticien

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

HOPITAL LARIBOISIÈRE  
Service du Professeur R. NIZARD  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
2, rue Archimède Paris  
75475 PARIS Cedex 10  
Tél. : 01 49 95 91 47