

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-léral, 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: 283 01 99 35 1222 75
nom et prénom: R. J. A. B. I. K. E. M.
adresse où le malade peut être visité: 55 Rue de Lieutenants
code postal: 95140 ville: Sannois n° téléphone: 064244123
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

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers? (voir notice 2): oui 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: Highskill n° téléphone:
adresse: 66 avenue des Papes (Puyss) 95008 P. S. e.mail:

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom): R. J. A. B. I. K. E. M.
et prescrit un arrêt de travail jusqu'au: 30/06/2023
- en toutes lettres: Traite Jun Deuxième Vuytwin
- en chiffres: inclus

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:

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

sorties autorisées: oui à partir du 25/06/2023 non
sorties sans restriction: non oui à partir du
activité(s) autorisée(s): oui à partir du non

et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au (voir notice 7)

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

identification du praticien (nom et prénom) DR LELLOUCHE YVES

Stamp: 00 1 11 0 01 Alexia Julie 15000 Paris

date: 24/06/2023 signature du praticien

=> 75 1 94588 2