

n°10170*06
PRN-PRE initial de prolongation (*)

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 **Macron Emmanuel**

(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 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) : **Macron Emmanuel**• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : 17/06/2022
(à compléter obligatoirement) et inclus
- en chiffres 1 7 0 6 2 0 2 2sans 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 du 1 5 0 6 2 0 2 2 non

(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 **Z73** OU éléments en toutes lettres :identification du praticien
(nom et prénom)**Haresh Kumar**
198 Av. de France, 75013 Paris

identifiant 0 0 0 0 0 0 7 3 4 9 2

date 1 5 0 6 2 0 2 2 signature du praticien

identification de la structure

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

198 Av. de France, 75013 Paris

n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) 3 2 2 5 7 8 2 6 8

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 **Macron Emmanuel**

(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 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) : **Macron Emmanuel**

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres : **17/06/2022**
(à compléter obligatoirement)

et

- en chiffres **1 7 0 6 2 0 2 2**

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 du **1 5 0 6 2 0 2 2** non

(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)

Haresh Kumar

198 Av. de France, 75013 Paris

identifiant

0 0 0 0 0 0 7 3 4 9 2

date **1 5 0 6 2 0 2 2**

signature du praticien

identification de la structure

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

198 Av. de France, 75013 Paris

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

3 2 2 5 7 8 2 6 8

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 **Macron Emmanuel**
(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) : **Macron Emmanuel**

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : 17/06/2022
à compléter obligatoirement
et
- en chiffres 1 7 0 6 2 0 2 2 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 1 5 0 6 2 0 2 2 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)

Haresh Kumar
198 Av. de France, 75013 Paris
identifiant 0 0 0 0 0 0 7 3 4 9 2
date 1 5 0 6 2 0 2 2 signature du praticien

198 Av. de France, 75013 Paris



PRN-PRE S3116h