

Docteur J. NETTER
O.R.L.
4, rue Abel, 4
PARIS-XII^e

EMPLOYER UNE FEUILLE DIFFERENTE POUR CHAQUE PRATICIEN

← Cachet du praticien (ou nom, adresse, qualité)

En cas d'hospitalisation,
cachet de l'établissement :

374

Entrée _____ Sortie _____

TRAITEMENT	ARRET DU TRAVAIL	PROLONGATION	SORTIE AUTORISEE (dans un but thérapeutique)
Durée probable : _____ jours.	Date d'interruption _____ Durée du repos _____	Durée de la prolongation du repos : _____	De _____ heures à _____ heures

Date des actes médicaux ou para-méd.	Signature du praticien attestant la prestation des actes	Désignation des actes suivant nomenclature	Montant des honoraires payés au praticien par l'assuré (1)	Signature du praticien attestant le paiement des actes	PRESCRIP 1 Lit 2 Chambre 3 Sorties autorisées 4 Pas d'arrêt de travail	Frais de déplacement. Nombre de kilomètres parcourus.	Délivrance d'une ordonnance	EXÉCUTION DES ORDONNANCES	
								Montant de la facture	Cachet du pharmacien ou du fournisseur
14/xi/77									

(1) En cas de dépassement des tarifs, le praticien en indique le motif selon la codification suivante :

Df : dépassement pour situation de fortune de l'assuré — Dn : dépassement pour notoriété du praticien — De : dépassement pour exigences particulières du malade.

Les sorties ne peuvent être autorisées qu'entre DIX heures et SEIZE heures.

Pour ne pas perdre vos droits aux prestations, respectez les formalités indiquées au verso de la page suivante. LISEZ-LES ATTENTIVEMENT !

FEUILLE DE MALADIE

Valable 15 jours

Cette feuille correctement remplie, doit être signée obligatoirement par l'assuré et doit être remise ou envoyée à la Caisse, dans le mois qui suit le point de départ de sa validité.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE

Numéro d'immatriculation
copié sur la carte de l'assuré

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM (en capitales)

(Pour les femmes mariées, divorcées, ou veuves, indiquer le nom de jeune fille suivi de épouse X., divorcée X., veuve X.)

Prénoms

Adresse

Né le à

Etes-vous actuellement salarié ?

SI OUI, précisez ici le cas échéant si vous êtes

→ FONCTIONNAIRE - AGENT DE L'E. D. F.-G. D. F.
AGENT DES COLLECTIVITES LOCALES

SI NON, précisez ici le cas échéant si vous êtes

→ CHOMEUR - ETUDIANT - PENSIONNE - AS. VOLONTAIRE

Si vous êtes salarié ou chômeur, indiquez (d'après les renseignements copiés sur votre dernier bulletin de salaire):

Le nom, l'adresse de votre employeur actuel ou de votre dernier employeur :

Son numéro d'identification. . .

--

L'Organisme où sont versées les cotisations

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

Si le malade est l'assuré, indiquez :

Nombre d'enfants à charge

Nombre d'ascend^{ts} à charge

S'agit-il d'un accident ?

Etes-vous pensionné de guerre ?

SI OUI, les soins portés sur la présente
feuille ont-ils un rapport avec l'affection
pour laquelle vous êtes pensionné ?

Si le malade n'est pas l'assuré, indiquez :

NOM
et prénoms
du malade {

Date de naissance

Degré de parenté avec l'assuré

S'agit-il d'un accident ?

Activité professionnelle habituelle du malade :

A REMPLIR EVENTUELLEMENT

Règlement à effectuer par virement à mon C. C. P. à mon compte bancaire

intitulé complet et n° du compte : M., M^{me} ou M^{lle}

L'assuré soussigné déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

IMPORTANT. Art. L 409 du Code de la Sécurité Sociale. Est passible d'une amende de 360 à 7.200 F. quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, faire obtenir, ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois s'il y échet.

Art. 150 du Code pénal. Tout individu qui aura commis un faux en écriture privée sera puni de réclusion.

CERTIFIE Exact

Signature de l'assuré