

## avis d'arrêt de travail

	initial	de	prolongation	(*
X	initial	ue	protorigano	

volet 1, à adresser au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil
LING4-by al. ING44 LING4 LING4 LING4 LING4 LING4 EN DE LING4 LING l'assuré(e) (voir la notice à destination du pe numéro d'immatriculation nom et prénom NABIGH Mohamed (nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage, adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) n° téléphone code postal ville code d'accès de la résidence : appartement: bâtiment : escalier: étage : (1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence élu(e) local(e) non salarié(e) agricole salarié(e) fonctionnaire profession indépendante date de cessation d'activit artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA sans emploi précisez votre situation (voir notice non date: l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui oui non l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? (\*) 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 (votr notice 3): à l'occasion d'une médecin remplaçant le médecin traitant médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou le médecin prescripteur initial autre cas \_\_\_ précisez et indiquez le motif l'employeur n° téléphone nom, prénom ou dénomination sociale e.mail: adresse les renseignements médicaux (voir la notice à destination du je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : NABIGH Mohamed (à compléter obligatoirement) deux septembre deux mille vingt-quatre • et prescrit un arrêt de travail jusqu'au et - en chiffres 0 2 0 9 2 0 2 4 inclus sans rapport\* on 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) sans rapport\* en rapport\* avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP: sans rapport\* en rapport\* avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès : \* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée à partir du (voir notice (A) sorties autorisées : OUI (Voir notice 6) sorties sans restriction : non X oui à partir du ..... oui à partir du non activité(s) autorisée(s) : ... et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au (voir notice 7) en rapport\*\* avec une affection de longue durée (voir notice 1) sans rapport\*\* en rapport\*\* avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : sans rapport\*\* \*\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée identification du partition de la constant de constant éléments d'ordre médical (voir notice 9) OU éléments en toutes lettres : Palpitation identification de la structure ent 95 onne 36 CH VICTOR DUPOUY, 69 Rue du Lt.Col Prudhon 95100 ARGENTEUIL n° de la structure 9 5 0 0 0 0 3 0 7 identifiant signature du p Conformiment au Réglement européen n° 3016/070/UE du 71 novi notre en 22 mars de difficultés dans trapfleation au con une consecution de consecution de sous actionnes consecutions de consecution de con e d'obtenir ou de tenter d'obtenir des

PRN-BIS S 3116i



# avis d'arrêt de travail

## Notice

## à destination du patient

Complétez les rubriques qui vous concernent ("l'assuré(e)" et "l'employeur"), puis selon votre situation

Si vous êtes salarié(e) ou travailleur(euse) indépendant(e) 0 Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. ou Mme le Médecin-Conseil, dans les deux jours

#### suivant la date d'interruption du travail.

- \* si vous êtes salarié(e), adressez le volet 3 à votre employeur et faites parvenir à votre caisse, des que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur.
- \* si vous êtes travailleur(euse) indépendant(e), conservez le volet 3.

#### Si vous êtes fonctionnaire 0

Adressez les volets 2 et 3 à votre employeur dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail et conservez le volet 1 comportant les données médicales. Vous devrez présenter le volet 1 à toute requête du médecin agréé de votre administration.

Si vous êtes non salarié(e) agricole 0

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de la caisse de MSA dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" que vous a remise votre Médecin ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. ou Mme le Médecin-Conseil dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail. Conservez le voiet 3.

Si vous avez plusieurs activités 0 Cochez les cases correspondantes.

Si vous êtes sans emploi 0

Remplissez la case "précisez votre situation" (ex: chômage, licenciement, démission...). Des indemnités journalières peuvent éventuellement vous être attribuées.

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. ou Mme le Médecin-Conseil, dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail. Adressez le voiet 3 au pôle emploi.

> En cas d'envoi tardif, y compris dans le cadre d'une prolongation, vous vous exposez à une réduction du montant de votre indemnisation

#### Accident causé par un tiers @

Si votre arrêt de travail est consécutif à un accident causé par un tiers, vous êtes tenu d'en informer votre organisme d'assurance maladie. Dans ce cas, cochez la case prévue à cet effet.

### Prolongation d'un arrêt de travail au risque maladie 8

La prolongation d'un arrêt de travail au risque maladie doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant sauf dans les cas où elle est prescrite par le médecin remplaçant l'un de ces médecins ou par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou à l'occasion d'une hospitalisation.

## A défaut, un délai de carence vous sera appliqué, le cas échéant.

En dehors de ces cas, l'assuré(e) doit justifier, par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie, de l'impossibilité du médecin prescripteur de l'arrêt initial ou du médecin traitant de prescrire la prolongation.

Dans tous les cas, l'assuré(e) ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré(e) indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel la prolongation n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

Par ailleurs, votre médecin est tenu de préciser les éléments d'ordre médical justifiant votre arrêt de travail.

### IMPORTANT: Quelle que soit votre situation, n'oubliez pas:

- de respecter les heures de présence à domicile (de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures), sauf en cas de sorties autorisées sans restriction d'horaire ou à l'occasion d'un temps partiel pour raison médicale,
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence.
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical,
- de vous abstenir de toute activité non autorisée.

### Cas particulier en cas d'arrêt suite au décès d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 25 ans :

dans les 13 semaines suivant le décès, aucun délai de carence ne sera appliqué pour le premier arrêt de travail.

En effet, le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières.

Pour tous renseignements complémentaires, consultez votre organisme d'assurance maladie.

NOTICE PRN-BIS S 3116i

### cerfa n° 10170\*07 PRN-BIS

## avis d'arrêt de travail

x initial de prolongation (\*)

volet 1, à adresser au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurar url. 1924 - br.d. L. 1924 (L. 1952 (L. 1954 ), 1954	nce maladie, à l'aide de l'enveloppe du 1924 et 1924 41-10 (1831 (1833 (1833 (1833 (1833 et 1933 (1834 (1834 (1834 (1834 (1834 (1834 (1834 (1834 (1834 (1834 (1834 Troir la notice à destination du patient)	FT du Code rural et de la pôche mertime)
numéro d'immatriculation		
nom et prénom NABIGH Mohamed (nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)		
adresse où le malade peut être visité (xi différence de votre adress	xe habitwelle) (1):	
code postal ville	n° téléphone	
bâtiment : escalier : étage : appartement (1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situ	ue hors de votre département de résidence	(L42) (22) (Z2)
salarié(e) fonctionnaire profession indépenda		élu(e) local(e)
artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA sans emplo	date de cessation d'activité : précisez votre situation (voir notice •	
l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir: l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vo	ous êtes pensionné(e) de guerre ? oul	non non non
(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin au cochez la case correspondante (vair notice ):	utre que le médecin traitant ou le medecin qui a pri	escrit l'arrêt initial, l'occasion d'une ospitalisation
	employeur	
nom, prénom ou dénomination sociale	n° téléphone e.mail :	
	G,ITIGHT 1	
adresse	ts médicaux (voir la notice à destination du pratic	ien)
e, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénon	NABIGH Mohamed	
e, soussigne(e), certifie avoir examine (nom et prenon	irement) deux septembre deux mille vingt-qual	-
eans rapport*  avec un accident de trav	re résultant de la grossesse (voir notice avail, maladie professionnelle Date AT/MP ant, ou d'une personne à charge (voir notice avail, ou d'une personne à charge (voir notice avail et du décèse)	
sorties autorisées : oui	du (Voir notice &	non (Voir notice
et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison	médicale du au	
ans rapport** en rapport** avec une affection de lor	rail, maladie professionnelle Date AT/MP	
sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement coché	90	
áléments d'	ordre médical (voir notice 9)	
31611101110	nts en toutes lettres :	
Codification du motif médical OU élème		
identification du motif médical  identification du paragrand  incomparagrand  JABBOUR, Camillacorformani  identifiant  JACCORT  identifiant  date 0 2 0 9 2 0 2 4 signature du pro-	identification de la str (raison sociale et adresse du cabinet ou CH VICTOR DUPOUY, 69 Rue du Lt.Col Prudh	1 de l'erapitagament
JABBOUR, Camillad Homan	95100 ARGENTEUIL  n° de la structure 9 5 0 0 0 0 3	0 7
JABBOUR, Camilla of Manual Control of Account of Control of Account of Account of Control of Account of Control of Account of Account of Control of Contro	(AM, FINESS ou SIRET)	
date 0 2 0 9 2 0 2 4 signature du pro- Conformèment au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 varil 2018 et 3 la foi "Inj aux dansées vous concernant augrès de votre organisme d'assurance maladia. En cas de conforment en l'herrist (CVILI).	formatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'u	n droit d'accès et de rectification
Conformément au Règlement européer n° 2016/679/UE du 21 avri 2016 à un accuse de de conscionnées vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de nationale informatique et Liberius (CNL).  La loi rend passible de pénalitis financières, d'amende et/ou emprisonnement quicom La loi rend passible de pénalitis financières (33.19, 441-1 et suivants du Code pénal, artic	difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réc que se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'	obtenir ou de tenter d'obtenir de



# avis d'arrêt de travail

-		de prolongation (	4)
initial	ш	de proiongement	-

volet 3, å adresser å votre EMPLOYEUR eu au POLE EMPLOI

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l' ett. 9044 terà (1904,1902,1904-Senea (1904,1901,1903) à 30-24 30-14 (1904,1904) à 30-24 30-14 (1904,1904) à 30- l'ASSURÉ (Q) (Note le moltre d'ett	
numéro d'immatriculation	MALAUNI SAN
nom et prénom NABIGH Mohamed (nom de fémille - de nationance - saiot, e'll y a lion, de nom d'hasepa)	
adresse où le malade peut être visité (xi diglièrente de voire adresse habiteelle) (1)	
code postal ville	n° téléphone
	d'accès de la résidence :
	n salarié(e) agricole élu(e) local(e) le cessation d'activité : votre situation (voir notice •)
process	
l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice ) : oui	date:non
MESSAGE A LIATERTION DE L	EMPLOYEUR
MESSAGE A L'ATTENTION DE L' dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestati	on de salaire dans le meilleur délai
afin de permettre à l'organisme de calculer les inden	nnités journalières de votre salarié(e).
l'employeur	
nom, prénom ou dénomination sociale	n° téléphone e,mail :
adresse	Oli Mani
les renseignements médicaux	(voir la notice à destination du praticien)
je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : NABIGH M	
• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au   - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)   deux septemble : (a compléter obliga	otembre deux mille vingt-quatre 0 2 4 inclus
sans rapport*  en rapport* avec un état pathologique résultant de la sans rapport* en rapport* avec un accident de travail, maladie profe sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée	grossesse (voir notice (e)) ssionnelle Date AT/MP :
earties autorisées : Oui  a partir du l	non X (voir notice (a))
soriles autorisees .	(Voir notice 6)
sorties sans restriction : non X oui	ir du non (Voir notice C
e et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du [voir notice 2]	au Lilium au Lilium
sans rapport**  en rapport**  avec un accident de travail, maladie profe	ssionnelle Date AT/MP :
** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée	
identification du praticien	
identification du praticien (nom et prénom)  JABBOUR, Camille Thomas  identifiant  date 0 2 0 9 2 0 2 Contra de la Contra del Contra de la Contra del Contra de la Contra del Contra de la Contra de la Contra de la	
identifiant 1080thella des cours	
Torrito Nd Ascressment	
date 0 2 0 9 2 0 2	6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et da rectification
(nom et prinche)  JABBOUR, Camille Thomas  identifiant  date 0 2 0 9 2 0 2 control of the contro	6 janvier 1978 modifiée, vous disposes d'un droit d'accès et de rectification de ced ories, vous pouves introduire une réclamation augrès de la Commission undes ou de finusses déclarations en vue d'obtenir ou de tenuer d'abstant des la récurité sociale)  PRN-BIS S 31161



69 rue du Lieutenant-Colonel Prud'hon 95107 Argenteuil Cedex 01.34.23.24.25 Site: www.ch-orgenteuil.fr Pôle de Soins non programmés

### Service d'Accueil des Urgences

Certificat médical

Argenteuil, le 02/09/2024

### chef de service :

Dr Catherine LE GALL

#### Praticiens Hospitaliers : Dr Pascal PEUDEPIECE

Dr Mariam NAZEMI Dr Farida IMEGALINE

Dr Yanès HADDAR Dr Scarlett DEHDAR Dr Rudy COHEN

#### Praticiens Attachés :

Dr Marouane BEN LAKHAL
Dr Sana BEN LAMINE
Dr Amine BEN OTHMEN
Dr Loffi BOUCHENAK TALET
Dr Dora CHTOUROU
Dr Yohan COSME

Dr Yohan COSME Dr Adnane HAJJI

Dr Adnane HAJJI Dr Asma MAHFOUD Dr Abdelmalek MERABET Dr Carine SIME KOUANKEP

Dr Camille JABBOUR Dr Nassima BENSLIMANI Dr Myada MOUHAMED

#### Cadre de Santé SAU-UHCD :

**2** 01.34.23.23.02

## Cadre de Santé UMEDO :

#### Secrétariat SAU :

**2** 01.34.23.10.35 **3** 01.34.23.10.53

#### Secrétariat UHCD :

**2** 01.34.23.10.26 **5** 01.34.23.21.42

#### Secrétariat UMEDO: 2 01.34.23.10.90

₫ 01.34.23.12.57

### Accueil:

**☎** 01.34.23.26.05 **☎** 01.34.23.25.14

₾ 01.34.23.24.82

## **Assistante Sociale : ☎** 01.34.23.26.46

urgence@ch-argenteuil.fr

## CERTIFICAT POUR DISPENSE SCOLAIRE

Je soussigné(e) Docteur JABBOUR Camille Thomas praticien hospitalier dans le service SERV ACCUEIL DES URGENCES à l'hôpital Victor Dupouy d'Argenteuil certifie que l'état de santé de M. NABIGH Mohamed né NABIGH né le 23/05/2000 nécessite :

☑ une dispense de scolarité d'un jour

A dater du 02/09/2024

Certificat fait à la demande de l'intéréssé(e) pour faire valoir ce que de droit

**Docteur JABBOUR Camille Thomas** 

Contro Wispitation d'Argentesia Bervice Littences N° Finese établissement 85 0000 261

