



n° 10170*07
PRN-BIS

avis d'arrêt de travail



initial



de prolongation (*)

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
(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, 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 1 9 0 0 1 9 3 0 4 5 1 0 5 2 9

nom et prénom Simon Truxillo

(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) :

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

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 : 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 thermique ? 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) : Simon Truxillo

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au : - en toutes lettres : quatorze février deux mille vingt-quatre
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 1 4 0 2 2 0 2 4 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)
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 (voir notice 8)

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 1 2 0 2 2 0 2 4 non ☐ (voir notice 4)
sorties sans restriction : non ☒ oui ☐ à partir du (voir notice 5)
activité(s) autorisée(s) : oui ☐ à partir du non ☒ (voir notice 6)

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

sans rapport** ☒ 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 :
** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

éléments d'ordre médical (voir notice 9)

Codification du motif médical OU éléments en toutes lettres : GEA

identification du praticien
(nom et prénom)

Camille RAJERISON

identifiant 1 0 1 0 1 6 7 3 8 2 9

date 1 2 0 2 2 0 2 4 signature du praticien

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

Centre de santé Livi
110 rue de la Jonquière 75017 Paris
n° de la structure 7 5 0 0 7 2 3 7 3
(AM, FINESS ou SIRET)

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).
La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale)

PRN-BIS S 3116i

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.162-4-1-1er 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, 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 1 9 0 0 1 9 3 0 4 5 1 0 5 2 9

nom et prénom Simon Truxillo

(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) :

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

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 :
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 thermique ? 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 ☐ médecin spécialiste consulté ☐ à l'occasion d'une hospitalisation ☐
ou le médecin prescripteur initial ☐ à la demande du médecin traitant ☐
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) : Simon Truxillo

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au ☐ - en toutes lettres : quatorze février deux mille vingt-quatre
(à compléter obligatoirement) **et**
☐ - en chiffres 1 4 0 2 2 0 2 4 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)
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 (voir notice 8)

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 1 2 0 2 2 0 2 4 non ☐ (voir notice 4)

sorties sans restriction : non ☒ oui ☐ à partir du (voir notice 5)

activité(s) autorisée(s) : oui ☐ à partir du non ☒ (voir notice 6)

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

sans rapport** ☒ 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 :

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

identification du praticien
(nom et prénom)

Camille RAJERISON

identifiant 1 0 1 0 1 6 7 3 8 2 9

date 1 2 0 2 2 0 2 4 signature du praticien

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

Centre de santé Livi
110 rue de la Jonquièrre 75017 Paris

n° de la structure 7 5 0 0 7 2 3 7 3
(AM, FINESS ou SIRET)