



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 (at.L.1624-1-ler al, L.16244, L.315-2, L.321-1-5è me 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) (voir la notice à destination du patient) numéro d'immatriculation (bCDu Frount nom et prénom (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): 222 we laidle historia code postal UO 600 ville n° téléphone bâtiment : appartement : 60 code d'accès de la résidence : escalier: étage : (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 date de cessation d'activité sans emploi précisez votre situation (voir notice l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice ②) : oui date: 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 ? oui (*) 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 ou le médecin prescripteur initial à la demande du médecin traitant hospitalisation autre cas précisez et indiquez le motif : 'employeuı n° téléphone nom, prénom ou dénomination sociale e.mail : adresse les renseianements médi en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) • et prescrit un arrêt de travail jusqu'au et - en chiffres en rapport* X avec une affection de longue durée (voir notice 1) sans rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2) en rapport* sans rapport* avec un accident de travail, maladie professionnelle en rapport* 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 sorties autorisées : oui à partir du (voir notice A). sorties sans restriction: non oui 📉 activité(s) autorisée(s) : à partir du et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du (voir notice 7) sans rapport** 」en rapport** └── avec une affection de longue durée *(voir notice* **①**) 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 1) mouse du motude l'AVRIME Codification du motif médical OU éléments en toutes lettres : identification du praticien identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) (nom et prénom) DOCTEUR FARBOS JULIE 33 PSYCHIATRIE GENERALE 61 AVENUE DE PORTAL CONVENTIONNE

026509 - 292: 238 - 30365:

2 2000600000000

date 17022025

1000404

e du praticien

40280 SAINT PIERRE DU MONT

=> 40 1 70742 7 00 1 20 1 33 n°AM





Avis d'arrêt de travail

				1.
X	initial	de	prolongation	(*

volet 2, à adresser ['])au service médical

(qui le remettra aux services administratifs)

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil L 16241-1era, L 16244, L 3152, L 321-1-5èmeal, 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 nural et de la pêche maritim
l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)
numéro d'immatriculation 0.31691059
nom et prénom (bCO) EPETAT YOAN 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): 222 we will be les sources
code postal 40.600 ville 63047686 n° téléphone
pâtiment : escalier : étage : appartement : 600 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 thermale ? oui non l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui non l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui non 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 (voir notice 3): médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant la la demand
autre cas précisez et indiquez le motif :
l'employeur
l'employeur n° téléphone
n° téléphone nom, prénom ou dénomination sociale e.mail :
nom, prénom ou dénomination sociale adresse
l'employeur nom, prénom ou dénomination sociale adresse les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)
nom, prénom ou dénomination sociale adresse les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien) je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :
nom, prénom ou dénomination sociale adresse les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien) je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom): et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en chiffres l'employeur n° téléphone e.mail: - en motice à destination du praticien) - en toutes lettres: (à compléter obligatoirement) et - en chiffres inclus
l'employeur nom, prénom ou dénomination sociale adresse les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien) je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :
nom, prénom ou dénomination sociale adresse les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien) je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom): et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres: (à compléter obligatoirement) et - en chiffres sans rapport* en rapport* en rapport* en rapport* avec un eaffection de longue durée (voir notice) sans rapport* en rapport* en rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice) sans rapport* en rapport* avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP:
nom, prénom ou dénomination sociale adresse les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien) je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom): et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres: (à compléter obligatoirement) et - en chiffres avec une affection de longue durée (voir notice 1) sans rapport* en 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 sans rapport* en rapport* avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge * sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée
l'employeur nom, prénom ou dénomination sociale adresse les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien) je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom): et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres: (à compléter obligatoirement) - en chiffres avec une affection de longue durée (voir notice) sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice) sans rapport* en rapport* avec un accident de travail, maladie professionnelle sans rapport* en rapport* avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès:
nom, prénom ou dénomination sociale adresse les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien) je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom): - en toutes lettres: (à compléter obligatoirement) - en chiffres sans rapport* - en rapport* - en rapport* - en rapport* - en chiffres avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice sans rapport* - en chiffres - avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice sans rapport* - en rapport* - en rapport* - en chiffres - avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice sans rapport* - en rapport* - en rapport* - en chiffres - avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice sans rapport* - en rapport* - en chiffres - avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice voir notice sans rapport* - en rapport* - en chiffres
nom, prénom ou dénomination sociale adresse les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien) je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et - en chiffres inclus sans rapport* en rapport* en rapport* en rapport* avec un accident de travail, maladie professionnelle sans rapport* en rapport* en rapport* avec un accident de travail, maladie professionnelle sans rapport* en rapport* en rapport* avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge (voir notice 3) sorties autorisées : oui à partir du à partir du (voir notice 4)
Control Cont
Piemployeur nom, prénom ou dénomination sociale n° téléphone e.mail :
Piemployeur nom, prénom ou dénomination sociale e.mail : adresse les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien) je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :

identification du praticien (nom et prénom)

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

DOCTEUR FARBOS JULIE 33 PSYCHIATRIE GENERALE CONVENTIONNE

RPPS 10004042650

61 AVENUE DE PORTAL

40280 SAINT PIERRE DU MONT

17022025 signature du praticien => 40 1 70742 7 00 1 20 1 33 n°AM Conformément au Règlement européen n° 2016/679/ÚE 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 313-1à 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 3116

PRN-BIS S 3116i



Avis d'arrêt de travail

				3 3
X,	initial	de	prolongation	(*)

volet 3, à adresser à votre **EMPLOYEUR** ou au **POLE EMPLOI**

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil (at L16244-14ral, L16244, L3152, L3214-5èmeal, L3236, L376-1, L613-20, R321-2, R323-11-1, D.323-2, R441-10, L433-1, R433-15, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurilé sociale, L732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritine)

| assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

A second
nom et prénom (1000 Testa) (1000 (1000 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): 222 we buille Vissauro
code postal Unicolo ville GSOAMONE 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) onctionnaire 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
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 (voir la notice à destination du praticien)
je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Yo And Co Cou Character
• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en chiffres
- en chiffres 0 2 0 3 20 2 inclus
• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) - en chiffres - en chiffers - en chiffres
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 * sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée
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 un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice sans rapport* en rapport* avec un accident de travail, maladie professionnelle bate AT/MP: * sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée
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 2 2 2 5 non (voir notice 4)
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 * sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée sorties autorisées: oui à partir du A 2 2 2 5 non (voir notice 4) sorties sans restriction: non oui à partir du A 2 2 5 (Voir notice 5)
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 * sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée sorties autorisées: oui à partir du habit a partir du
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

identification du praticien (nom et prénom)

DOCTEUR FARBOS JULIE

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 313-1à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale)