



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 1031091471059

nom et prénom COCHU ERBERT 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 rue Gaille Pissano

code postal 40600 ville BISCARROSSE n° téléphone

bâtiment : escalier : étage : appartement : B109 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 ☒

(*) 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

adresse

e.mail :

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : YOAN COCHU ERBERT

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au :
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) Deux mois 2025.
et
- en chiffres 02032025 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 3)

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 17022025 non ☐ (voir notice 4)

sorties sans restriction : non ☐ oui ☒ à partir du 17022025 (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 : Trouble du spectre de l'autisme

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

61 AVENUE DE PORTAL

RPPS 10004042650

40280 SAINT PIERRE DU MONT

date 17022025 signature du praticien

=> 40 1 70742 7 00 1 20 1 33 n°AM



PRN-BIS S 3116i



Avis d'arrêt
de travail☒ 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
(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

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) :

code postal

ville

n° téléphone

bâtiment : escalier : étage : appartement : B109 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 ☒

(*) 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) : YOAN COCAUDIER

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 10/20/3/20/25 inclussans 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

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 17/02/2025 non ☐ (voir notice 4)sorties sans restriction : non ☐ oui ☒ à partir du 17/02/2025 (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)DOCTEUR FARBOS JULIE
33 PSYCHIATRIE GENERALE
CONVENTIONNEE

RPPS 10004042650

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

61 AVENUE DE PORTAL

40280 SAINT PIERRE DU MONT

date 17/02/2025 signature du praticien

=> 40 1 70742 7 00 1 20 1 33 n°AM

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

Avis d'arrêt
de travail☒ initial ☐ de prolongation (*)volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOIà 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

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) :

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 ☒

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) : YOAN COCQUERET

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres

inclus

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 14/02/2025 non ☐ (voir notice 4)sorties sans restriction : non ☐ oui ☒ à partir du 14/02/2025 (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 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)

DOCTEUR FARBOS JULIE

date 14/02/2025

signature du praticien

=> 40 1 70742 7

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