



n° 10170\*07

PRN-BIS

avis d'arrêt  
de travail

initial



de prolongation (\*)

volet 1, à adresser  
au service médicalà 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 à 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 732-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation

nom et prénom LE SAGE

VINCENT

(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) : 32 RUE PASTEUR

code postal 9 5 5 4 0

ville MERY SUR OISE

n° téléphone 06 95 11 37 26

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/AGESS ☐ 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 ☐ou le médecin prescripteur initial  
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) : LE SAGE VINCENT

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au ☒ en toutes lettres : vingt-cinq octobre deux mille vingt-deux  
(à compléter obligatoirement)  
et ☐ en chiffres 2 5 / 1 0 / 2 0 2 2 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 :      
(voir notice 8)

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

sorties autorisées : oui ☐ à partir du     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 :

ASTHENIE

## identification du praticien

(nom et prénom)

DAZZI-HATTE  
CLAIRE

identifiant 1 0 1 0 0 3 2 3 5 3 3

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

9 5 1 0 0 1 1 0 6

date 2 4 / 1 0 / 2 0 2 2

signature du praticien

C. DAZZI-HATTE

Téléconsultation Médicale

Médecine générale

Tél: 01 55 92 27 87

Fax: 01 55 92 40 38

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 31161



# avis d'arrêt de travail

☒ 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  
(art L.162-4-1-ter 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 **LE SAGE**

(nom de famille - de naissance - suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

**VINCENT**

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : **32 RUE PASTEUR**

code postal **9 5 5 4 0** ville **MERY SUR OISE**

n° téléphone **06 95 11 37 26**

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) : **LE SAGE**

**VINCENT**

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au  
- en toutes lettres : vingt-cinq octobre deux mille vingt-deux  
- en chiffres : **2 5 / 1 0 / 2 0 2 2** 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       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 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)

**DAZZI-HATTE  
CLAIRE**

identifiant **1 0 1 0 0 3 2 3 5 3 3**

date **2 4 / 1 0 / 2 0 2 2**

signature du praticien

**C. DAZZI-HATTE**

**Téléconsultation Médicale**  
Médecine générale  
Tél: 01 55 92 27 87  
Fax: 01 55 92 40 38

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

**PRN-BIS S 31161**