

avis d'arrët de travail

*	
de prolongation	
\overline{X} initial	

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

adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil 8241-1612, 1212 1-2371-5mea. L 3236, L 61320, R 3212, R 323-114, D 3232, R 441-10, L 4334, R 4334, D 613-19, D 613-23 du Code de la séculé sociale, L 3234 et 762-19-1 du Code una la traditione les productions de la secule sociale sociale, T 324 et 762-19-1 du Code una la traditione la secule sociale de la secule de la secule sociale de la secule secule sociale de la secule de la secule secule sociale de la secule sociale de la secule del secule de la secule del secule de la secule del secule de la secule de l

	nom et prénom EL BOURI MEHDI from de famille - de naissance - suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)	érente de votre adresse habituelle) (1) :	code postal ville ville	bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence : (1) Pracond 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) 🗀	eur(e) af	l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice ②) : oui 🔲 date :		MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai	a i organismo de caracteria de l'employeur	nom, prénom ou dénomination sociale e.mail :	adresse	les renseignements medicaux (voir la notice a destination au prancieu)	Je, soussigne(e), cerune avon examine (non or promot). - en tourse lettre: seize février deux mille vingt-quatre	• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au et • et prescrit un arrêt de travail jusqu'au et • - <i>en chiffres</i> 1 6 0 2 2 0 2 4 inclus	***************************************	rapport*	* sur chaque ligne, une des Geux cases doit etre obligatoirement coonee	autorisées : oui 🔀 à partir du	artir du	• et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du	(voir notice (v)	sans rapport** 🔲 en rapport** 🔲 avec un accident de travaii, inalaure professionnere. ** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée			identification du praticien (nom et prénom)
--	--	---	-------------------------	---	--	-----------	--	--	---	--	--	---------	--	---	---	---	----------	---	--------------------------------	----------	--	--------------------------	---	--	--	---

identifiant

4 signature du praticien 0 7 2 0 ന _

Conformêment au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertès" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auyerès de voire 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 Libertès (VIII.). Vicionale de l'accidente de l'accidente de la contration et la



avis d'arrët de travail

<u>m</u>	
initie	
X	

volet 2, à adresser au service médical de prolongation (*)

aux services administratifs) (qui le remettra

à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil deux jours.

A ALI ESSEI, MAIIS IES MEUN JOHN 3, AL 100 BAIN 2017 1, LIEZH-YE'AL LIEZH-LIEZH-ESMEAL LESSEL 3761, L613-0, R-37-1, D. 33-11-1, D. 33-11-1	12, 8.23-11-1, D. 333-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, D. 613-19, D. 613-23 at Ocde de la séculié sociale, L. 732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la péche maritime) L. S. S. S. II T. F. (P.) Avoir 10 maritime à destination du partient)
numéro d'immatriculation 1991038	0 5 3 0 5 9 5 3
nom et prénom EL BOURI MEHDI (nom de jamille - de naissance - suivi, s'îl y a lieu, du nom d'usage)	
adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1)	tresse habituelle) (1) :
code postal ville	n° téléphone 0787 402496
bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la ré (1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence	ent : code d'accès de la résidence : sine hors de votre département de résidence
salarié(e) 🖳 fonctionnaire 🗌 profession indépendante	ndante non salarié(e) agricole (e) local(e)
artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA 🔲 sans emploi	nploi date de cessation d'activité: 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 ? l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre	oui oui date: oui date: oui non
(*) si la prolongation denon l'arrêt est prescrite par un médé	(*) si la prolongation denon l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial,
médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin rescripteur initial	médecin spécialiste consulté à l'occasion d'une à la demande du médecin traitant a la demande du médecin traitant
מחוות כמא	'employeur
nom, prénom ou dénomination sociale	n° téléphone e.mail :
adresse	
ie soussigné(e) certifie avoir examiné (nom et prénom) : EL BOURI MEHDI	es renselgnements medicaux (voir la nouce a destination du prancten) aminé (nom et prénom) : EL BOURI MEHDI
en toutes lettres et prescrit un arrêt de travail jusqu'au	vingt-q
en rapport*	- en chiffres
en rapport* en rapport*	avec un etat pathologique resultant de la grossesse (von motto) avec un accident de travail, maladie professionnelle avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge. Date du décès :
ne des deux cases doit etre obligatoirement cod s : oui 📉 à partir du 1	0 2 2 0 2 4 non (voir notice
on : non 🔀 oui 🗌 à	partir du $(Voir notice \ oldsymbol{ \odot })$ non X ($Voir notice \ oldsymbol{ \odot })$
 et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du 	on médicale du
apport**	avec une affection de longue durée (voir notice ①) avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP:
** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cocnee	Chee
identification du praticien (nom et prénom)	identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet <u>ou de l'établissement)</u>
identifiant	n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET)

identifiant

_ date

4 signature du praticien 2 0 2 2 0 က

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 donnies vous construire une réclamation auprès de la Commission nationale higo vous centraint augres de la Commission nationale higo vent partique et l'informatique contrait que vol. (VIL).
La loi rend passible de pénalités financières, d'amende evou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-13, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale)

CALC O CIT INTE



d'arrêt travail avis 0

L		
	tial	
Г	Ë	
1	X	

de prolongation (*)

volet 1, à adresser au service médical

PKN-BIS adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil PRN-BIS

numéro d'immatriculation 199103805305305953
nom et prénom EL BOURI MEHDI (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 ville of P7 40 27 36
bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence : (1) l'accord préalable de voire caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de voire département de résidence
salarié(e) (e) fonctionnaire profession indépendante non salarié(e) agricole (e) local(e) (e) local(e)
de Cessarion (voir notice ●)
ooni
l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre? oui non 🖄
n case mplaçan
autre cas precisez et indiquez le moili . l'employeur
nom, prénom ou dénomination sociale e.mail :
adresse
is soussigné(e) certifie avoir examiné (nom et prénom) : EL BOURI MEHDI
je, soussigno(c), commo avec. - en toutes lettres : Seize février deux mille vingt-quatre (à compléter obligatoirement) (à compléter obligatoirement)
et plesont un direction under an entity fres 1 6 0 2 2 0 2 4 inclus
apport* capport* capport*
e, une des deux cases doit être obligatoirement cochée
sorties autorisées : oui \times à partir du 1 3 0 2 2 0 2 4 non $(voir notice \Theta)$ sorties sans restriction : non \times oui \square à partir du $(voir notice \Theta)$ activité(s) autorisée(s) :
• et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du
sans rapport** en rapport** avec une affection de longue durée (voir notice ①) sans rapport** en rapport** avec un accident de travail, maladie professionnelle
s deux cases doit être obligatoi Élén
Codification du motif médical OU éléments en toutes lettres : Aures sinusite
identification du praticien (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) (nom et prénom)
n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) 384011618

signature du praticien 4 0 2 2 0 ന $\overline{}$ date

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 convernant augrès 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 de promiseres de la converse de la Contra des la converse de la converse d'obtenir des La loi rend passible de péndités 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 313-18, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale)