

# avis d'arrêt de travail

## notice

### à destination du praticien

Pour préserver le secret médical, vous remettez l'avis d'arrêt de travail à votre patient, après l'avoir complété, avec une enveloppe "M. le Médecin Conseil" qui lui permettra d'adresser les volets destinés à son organisme d'assurance maladie ou à son employeur. Les enveloppes permettant cet envoi vous seront remises avec les avis d'arrêt de travail

#### ❶ Dispositions relatives aux affections de longue durée :

Afin de permettre l'indemnisation des arrêts de travail conformément à la réglementation et dans le souci d'un meilleur service rendu à l'assuré(e), il vous est demandé de bien vouloir indiquer si l'arrêt de travail est en rapport avec une affection visée à l'article L.324-1 du Code de la sécurité sociale, à savoir :

- affection nécessitant une interruption de travail ou des soins continus supérieurs à 6 mois non exonérante,
- affection de longue durée exonérante reconnue sur liste (ALD 30) ou hors liste.

#### ❷ Dispositions relatives à l'assurance maternité :

Un état pathologique résultant de la grossesse permet l'indemnisation d'une période supplémentaire de 14 jours au titre de l'assurance maternité.

❸ Vous devez préciser si l'état du malade autorise des sorties. Dans ce cas, l'assuré(e) doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'exams médicaux.

❸<sup>bis</sup> Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire :

Si pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "oui". Dans ce cas, l'assuré(e) n'a pas à respecter les heures de présence à domicile.

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "non".

❹ En application de l'article L. 323-3 du Code de la sécurité sociale, si vous estimez que la reprise d'une activité est de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de votre patient ou est de nature à lui permettre de recouvrer un emploi compatible avec son état de santé, vous pouvez prescrire une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique dès lors qu'un arrêt de travail à temps complet indemnisé précède immédiatement la reprise de travail à temps partiel. Ce dispositif concerne les assurés qui ne souffrent pas d'une affection de longue durée (ALD).

En revanche, l'exigence d'un arrêt de travail à temps complet, précédant immédiatement la reprise à temps partiel, n'est pas opposable aux assurés atteints d'une ALD dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet procède de cette affection et que l'intéressé(e) a déjà observé un arrêt à temps complet antérieurement indemnisé au titre de l'ALD (dans un délai de trois ans).

Vous devez indiquer la durée du temps partiel thérapeutique dans la limite prévue par la réglementation.

Nota bene : L'indemnisation pour perte d'activité dans le cadre d'une reprise à temps partiel n'est pas prévue pour une profession indépendante.

#### ❺ Eléments d'ordre médical :

L'article L.162-4-1, 1<sup>er</sup> alinéa du Code de la sécurité sociale prévoit la mention sur le volet 1 de ce formulaire des éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail, en précisant, si besoin, les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire.

Pour préciser les éléments d'ordre médical, vous pouvez soit reporter la codification du motif médical en vous référant à la liste qui figure sur le site internet "www.ameli.fr" ou sur la fiche transmise par votre caisse, soit reporter en toutes lettres ces éléments.

## notice

### à destination du patient

Complétez les rubriques qui vous concernent ("assuré(e)" et "employeur") :

• **Si vous êtes salarié(e) ①<sup>bis</sup>**

Adressez au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**, les volets 1 et 2 de cet avis. Adressez le volet 3 à votre employeur.

Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaires établie par votre employeur.

• **Si vous êtes sans emploi ①<sup>bis</sup>**

Remplissez la case "précisez votre situation" (ex : chômage, licenciement, démission...). Des indemnités journalières peuvent éventuellement vous être attribuées.

Adressez au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**, les volets 1 et 2 de cet avis. Adressez le volet 3 au pôle emploi.

• **Si vous exercez une profession indépendante ①<sup>bis</sup>**

Adressez au service médical de votre Caisse RSI, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**, les volets 1 et 2 de cet avis. **Conservez** le volet 3.

• **Si vous êtes fonctionnaire ①<sup>bis</sup>**

Adressez les volets 2 et 3 à votre employeur et conservez le volet 1 comportant des données médicales. Vous devrez présenter le volet 1 à toute requête du médecin agréé de votre administration (circ. FP/4 n° 2049 du 24 juillet 2003 - NOR FPPA0300112C).

**En cas d'envoi tardif**, vous vous exposez à une réduction du montant de votre indemnisation.

(Art. D.323-2 du Code de la sécurité sociale pour les assuré(e)s du régime général  
et art. D.613-19 du Code de la sécurité sociale pour les assuré(e)s du régime social des indépendants).

②<sup>bis</sup> **accident causé par un tiers :**

Si votre arrêt de travail est consécutif à un accident causé par un tiers, vous êtes tenu d'en informer votre organisme d'assurance maladie (art. L.376-1 du Code de la sécurité sociale). Dans ce cas, cochez la case prévue à cet effet.

**Quelle que soit votre situation, n'oubliez pas :**

- de respecter les heures de présence à domicile sauf en cas de sorties libres (art. L.323-6 du Code de la sécurité sociale) ou à l'occasion d'un temps partiel thérapeutique,
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical (art. L.315-2 du Code de la sécurité sociale),
- de vous abstenir de toute activité non autorisée (art. L.323-6 du Code de la sécurité sociale).

**Le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières.**

Votre médecin est tenu de préciser les éléments d'ordre médical justifiant votre arrêt de travail conformément à l'article **L. 162-4-1, 1<sup>er</sup>** alinéa du Code de la sécurité sociale.

N'ouvre pas droit à indemnisation, la prolongation d'un arrêt de travail prescrite par un médecin autre que le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant, **sauf dans les cas** où elle est prescrite à l'occasion d'une hospitalisation ou par le médecin remplaçant l'un de ces médecins ou par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant (art. L.162-4-4 et R.162-1-9-1 du Code de la sécurité sociale).

**En dehors de ces cas**, l'assuré(e) doit justifier, par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie, de l'impossibilité du médecin prescripteur de l'arrêt initial ou du médecin traitant de prescrire la prolongation.

**Dans tous les cas**, l'assuré(e) ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré(e) indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel la prolongation n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

**Pour tous renseignements complémentaires, consultez votre organisme d'assurance maladie.**

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. 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, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, L.613-20, D.613-19 et D.613-23 du Code de la sécurité sociale)

## l'assuré(e)

numéro d'immatriculation 299077301105778

nom et prénom Clara ORTHOLLAND  
(nom de famille - de naissance -, suivi, le cas échéant, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : 57 rue du vercors

code postal 38000 ville Grenoble 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

activité salariée ☒ profession indépendante ☐  
sans emploi ☐ date de cessation d'activité précisez votre situation (voir notice 1 bis)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2 bis) : oui ☐ date non ☒  
l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermique oui ☐ non ☒  
l'arrêt prescrit est 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 :  
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

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Clara ORTHOLLAND

• prescrit un arrêt de travail jusqu'au   
 - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) vendredi, octobre 16, 2020   
 et   
 - en chiffres 16/10/2020   
 inclus

sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice 1)  
sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)

\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui ☐ à partir du non ☒  
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :  
non ☒ oui ☐ à partir du (voir notice 3 bis)

• prescrit un temps partiel pour raison médicale du au  
(voir notice 4)

sans rapport\* ☐ en rapport\* ☐ avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice 1)  
\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

## éléments d'ordre médical (voir notice 5)

Codification du motif médical OU éléments en toutes lettres :  
suspicion COVID

<p>identification du praticien (nom et prénom) Dr Olivier VALLET</p> <p>identifiant 10001427466</p>	<p>identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) CDS Qare - 41 avenue de Bonneuil - 94210 - St Maur des Fosses</p> <p>n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) 940024912</p>
---	--

date 09/10/2020 signature du praticien



Dr Olivier VALLET  
Médecine générale  
Finess: 940024912  
RPPS: 10001427466

PRN-PRE S3116x

# 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. 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, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, L.613-20, D.613-19 et D.613-23 du Code de la sécurité sociale)

## l'assuré(e)

numéro d'immatriculation 299077301105778

nom et prénom Clara ORTHOLLAND  
(nom de famille - de naissance -, suivi, le cas échéant, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : 57 rue du vercors

code postal 38000 ville Grenoble 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

activité salariée ☒ profession indépendante ☐  
sans emploi ☐ date de cessation d'activité précisez votre situation (voir notice 1 bis)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2 bis) : oui ☐ date À non ☒  
l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermique oui ☐ non ☒  
l'arrêt prescrit est 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 :  
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

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Clara ORTHOLLAND

• prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) vendredi, octobre 16, 2020 inclus  
et  
- en chiffres 16/10/2020

sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice 1)  
sans rapport\* ☐ en rapport\* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)

\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui ☐ à partir du non ☒  
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :  
non ☒ oui ☐ à partir du (voir notice 3 bis)

• prescrit un temps partiel pour raison médicale du au  
(voir notice 4)

sans rapport\* ☐ en rapport\* ☐ avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice 1)  
\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

## identification du praticien (nom et prénom)

Dr Olivier VALLET

identifiant 10001427466

date 09/10/2020 signature du praticien

## identification de la structure

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

CDS Qare - 41 avenue de Bonneuil - 94210 - St Maur des Fosses

n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) 940024912

Dr Olivier VALLET  
Médecine générale  
Finess: 940024912  
RPPS: 10001427466

**PRN-PRE S3116x**

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. 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, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, L.613-20, D.613-19 et D.613-23 du Code de la sécurité sociale)

## l'assuré(e)

numéro d'immatriculation 299077301105778

nom et prénom Clara ORTHOLLAND  
(nom de famille - de naissance -, suivi, le cas échéant, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : 57 rue du vercors

code postal 38000 ville Grenoble 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

activité salariée ☒ profession indépendante ☐

sans emploi ☐ date de cessation d'activité précisez votre situation

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers : oui ☐ date À 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

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Clara ORTHOLLAND

• prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres vendredi, octobre 16, 2020  
16/10/2020 inclus

sans rapport\* ☐ en rapport\* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse  
\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui ☐ à partir du non ☒  
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :  
non ☒ oui ☐ à partir du

• prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

## identification du praticien (nom et prénom)

Dr Olivier VALLET

identifiant 10001427466

date 09/10/2020

signature du praticien

## identification de la structure

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

CDS Qare - 41 avenue de Bonneuil - 94210 - St Maur des Fosses

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET) 940024912

Dr Olivier VALLET  
Médecine générale  
Finess: 940024912  
RPPS: 10001427466

**PRN-PRE S3116x**