



avis d'arrêt de travail

n° 10170*07

PRN-BIS

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. 162-4-1-1^{er} à L. 162-4-1-3162, L. 320-1-1-58me al., L. 323-6, L. 376-1, L. 613-20, R. 321-2, R. 323-1-1, 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 162-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

volet 3, à adresser

à votre

☒ initial ☐ de prolongation (*)

EMPLOYEUR

ou au

POLE EMPLOI

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

numéro d'immatriculation 1 9 9 1 0 3 8 0 5 3 0 5 9 5 1 3

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

n° téléphone 07 87 40 2796

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) : EL BOURI MEHDI

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au [- en toutes lettres : seize février deux mille vingt-quatre (à compléter obligatoirement)]

et [- en chiffres 1 6 0 2 2 0 2 4 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 1 3 0 2 2 0 2 4 non ☐ (voir notice 4)
sorties sans restriction : non ☒ oui ☐ à partir du non ☒ (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

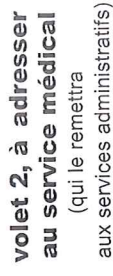
identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

date 1 3 0 2 2 0 2 4 signature du praticien

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)

NUMERO 10170



	initial	de prolongation (*)
<input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

élu(e) local(e)

date de cessation d'activité :
précisez votre situation (voir notice 1)

non

à une cure thermale ?

Personnel(e) de guerre ?

<input type="checkbox"/>	à l'occasion d'une hospitalisation
<input type="checkbox"/>	médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant

précisez et indiquez le motif :

n° téléphone

e-mail:

adresse

otice à destination du praticien)

É (nom et prénom) : EL BOURI MEHDI.....

■ - en toutes lettres : seize février deux mille vingt-quatre
(à compléter obligatoirement)

et
- en chiffres

une affection de longue durée (voir notice 1)

in état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)

Date AT/MP : _____

le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge (voir notice 8)

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

par tir du 1 3 0 2 2 0 2 4 non ☐ (voir notice 4)

à partir d'un

☐ oui ☒ à partir du

Énag   pour raison médicale du

une affection de longue durée (voir notice 1)

un accident de travail, maladie professionnelle

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

Qualification du praticien
(nom et prénom)

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

n° de la structure
(AM, FINESSE ou SIRET) 381011618

identifiant

	date	1	3	0	2	2	2	0	2	4	signature du praticien
--	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

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

SECRET

