

## avis d'arrêt de travail

| initial — de prolongation ( , | / | initial |  | de prolongat | ion (*) |
|-------------------------------|---|---------|--|--------------|---------|
|-------------------------------|---|---------|--|--------------|---------|

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 L19241-19:8, L19244, L315-2, L321-1-5:me 8, L323-6, L376-1, L613-21, R321-2, R321-1, D, 323-2, R411-10, L433-1, R433-15, D, 613-19, D, 613-23 du Code de la sécurité sousie L 7324 et 752-18-1 du Code du relet du la pédec manime) 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'îl y a lieu, du nom d'usage) adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1): 32 RUE PASTEUR ville MERY SUR OISE n° téléphone 06 95 11 37 26 5 5 4 0 code postal code d'accès de la résidence : bâtiment : escalier : étage : appartement: (1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence profession indépendante salarié(e) fonctionnaire non salarié(e) agricole élu(e) local(e) date de cessation d'activité artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESS sans emploi précisez votre situation (voir notice 1) l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice (a) : oui date: non oui l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? non l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui (\*) 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 8): médecin remplaçant le médecin traitant médecin spécialiste consulté à l'occasion d'une ou le médecin prescripteur initial à la demande du médecin traitant hospitalisation autre cas précisez et indiquez le motif : l'employeur n° téléphone : nom, prénom ou dénomination sociale 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 en toutes lettres : vingt-cinq octobre deux mille vingt-deux (à compléter obligatoirement) et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 2 5 / 1 0 / 2 0 2 2 - en chiffres inclus sans rapport\* en rapport\* avec une affection de longue durée (voir notice 1) en rapport\* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2) sans rapport\* Date AT/MP : avec un accident de travail, maladie professionnelle sans rapport\* en rapport\* en rapport\* avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès : (voir notice (3) \* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée à partir du non sorties autorisées : oui sorties sans restriction : non oui à partir du à partir du activité(s) autorisée(s) : ..... ..... oui non et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au (voir notice 70) sans rapport\*\* avec une affection de longue durée (voir notice 1) en rapport\*\* avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : sans rapport\*\* en rapport\*\* \*\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée éléments d'ordre médical (voir notice ©) Codification du motif médical OU éléments en toutes lettres : **ASTHENIE** identification du praticien identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) (nom et prénom) DAZZI-HATTE **CLAIRE** n° de la structure 1 0 0 Λ identifiant 1 0 1 0 0 3 2 3 5 3 (AM. FINESS ou SIRET) Téléconsultation Médicale Médecine générale date 2 4 / 1 0 / 2 0 2 2 C. DAZZI-HATTE signature du praticien Tél: 01 55 92 27 87 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 despotez d'un droit d'accès et de rectification

aux données vous concernant augris de votre organisme d'assurance malaide. En cas de difficultés dans l'application du ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertis (CNL).

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend compable de frandes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-13, 433-19, 441-1 et survants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale)

DDN.BIS S 3446

PRN-BIS \$ 3116i



## avis d'arrêt de travail

| ./ | i-i+i-1 | de anales maties ( | (+) |
|----|---------|--------------------|-----|
|    | initial | de prolongation (  | Ü   |

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

| 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/AGESSA sans emploi 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 :  |
| (*) 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,   |
| cochez la case correspondante (voir notice 3): médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial médecin spécialiste consulté 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) : LE SAGE VINCENT  |
| • et prescrit un arrêt de travail jusqu'au  - en toutes lettres :  (à compléter obligatoirement)  • et prescrit un arrêt de travail jusqu'au  - en chiffres  - en chiffres |
| sur chaque ligne, une des deux cases doit etre obligatoirement cochee   |
| 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) :  |
| • 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 Date AT/MP :   |
| ** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée  |
|   |
| identification du praticien identification de la structure  |
| (nom et prénom) (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) 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  Médecine générale  Tél: 01 55 92 27 87   |
| Conformément au Réglement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 ka88/194 55.92/190.38 d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant 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 Informatique et Libertés (CNIL).  La loi rend passible de pindillés 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 313-1à 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

| <b>~</b> | initial | de prolongation (*) | le prolongation (* | ) |
|----------|---------|---------------------|--------------------|---|

volet 3, à adresser à votre EMPLOYEUR

**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 '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 v a lieu, du nom d'usage) adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habitmelle) (1): 32 RUE PASTEUR code postal 9 5 5 4 0 ville MERY SUR OISE n° téléphone 06 95 11 37 26 bâtiment : étage : appartement: code d'accès de la résidence : escalier : (1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence non salarié(e) agricole salarié(e) fonctionnaire profession indépendante élu(e) local(e) date de cessation d'activité artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA sans emploi précisez votre situation (voir notice 0 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 afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e). l'employeur n° téléphone nom, prénom ou dénomination sociale 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 en toutes lettres : vingt-cinq octobre deux mille vingt-deux · et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 2 5 / 1 0 / 2 0 2 2 - en chiffres avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2) en rapport\* sans rapport\* en rapport\* avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : sans rapport\* \* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée sorties autorisées : sorties sans restriction: non à partir du à partir du activité(s) autorisée(s) : ..... ..... oui 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 Téléconsultation Médicale (nom et prénom) DAZZI-HATTE Médecine générale **CLAIRE** Tél: 01 55 92 27 87 1 0 1 0 0 3 2 3 5 3 3 Fax: 01 55 92 40 38

identifiant

C. DAZZI-HATTE

date 2 4 / 1 0 / 2 0 2 2 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 acc 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 vésalités financières, d'amende et/ou emurisamement aniconeue se rend courseble de fraudes au de fouvez d'administration au controllés de la controllés de fraudes au de fouvez d'administration de la controllés de fouvez d'administration au controllés de la controllés de fouvez d'administration au controllés de la controllés de fouvez de fouvez d'administration au controllés de la controllés de fouvez de fouvez d'administration au controllés de la controllés de fouvez de fouvez d'administration au controllés de fouvez de fouvez d'administration au controllés de la controllés de fouvez d'administration au controllés de la controllés de fouvez de fouvez d'administration au controllés de la controllés de fouvez de fouvez de fouvez d'administration au controllés de fouvez de fouvez d'administration au controllés de fouvez de fouve

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 313-1à 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