




Données télétransmises de l'avis d'arrêt de travail à l'Assurance Maladie

(art. L.162-4-1-1er 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)

☒ initial ☐ de prolongation

Exemplaire à adresser
à votre EMPLOYEUR ou
au POLE EMPLOI

l'assuré(e)			
numéro d'immatriculation : 1030738185250	73		
nom et prénom : LAGARDE SAMUEL			
adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :			
code postal : ville :	n° téléphone :		
bâtiment : escalier : étage :	appartement : code d'accès à la résidence :		
(1) L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence.			
l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui <input type="checkbox"/> date : non <input checked="" type="checkbox"/>			
situation professionnelle :			
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 :			
adresse :			
n° téléphone : e.mail :			
les renseignements médicaux			
je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : LAGARDE SAMUEL			
• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au <table border="1"><tr><td>- Premier février 2024</td></tr><tr><td>- 01/02/2024</td></tr></table> } inclus		- Premier février 2024	- 01/02/2024
- Premier février 2024			
- 01/02/2024			
sans rapport <input checked="" type="checkbox"/> en rapport <input type="checkbox"/> avec un état pathologique résultant de la grossesse			
sans rapport <input checked="" type="checkbox"/> en rapport <input type="checkbox"/> avec un accident du travail, maladie professionnelle date AT/MP :			
sorties autorisées : oui <input checked="" type="checkbox"/> à partir du : 01/02/2024 non <input type="checkbox"/>			
sorties sans restriction : non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à partir du :			
activité(s) autorisée(s) : oui <input type="checkbox"/> à partir du : non <input checked="" type="checkbox"/>			
• et prescrit un temps partiel / travail aménagé pour raison médicale du : au :			
sans rapport <input type="checkbox"/> en rapport <input type="checkbox"/> avec un accident du travail, maladie professionnelle date AT/MP :			
<table border="1"><tr><td>Identification du praticien (nom et prénom) POTTIER VINCENT Identifiant : 10100305217</td><td>Date : 01/02/2024 Signature : </td></tr></table>		Identification du praticien (nom et prénom) POTTIER VINCENT Identifiant : 10100305217	Date : 01/02/2024 Signature : 
Identification du praticien (nom et prénom) POTTIER VINCENT Identifiant : 10100305217	Date : 01/02/2024 Signature : 		
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).			



- Vous êtes salarié(e) : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser à votre employeur. Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur.
- Vous êtes sans emploi : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser au POLE EMPLOI.
- Vous exercez une profession indépendante : Votre médecin vous remet cet exemplaire à titre d'information.

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

- de respecter les heures de présence à domicile (de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures), sauf en cas de sorties autorisées sans restriction d'horaire ou à l'occasion d'un temps partiel pour raison médicale,
- 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,
- de vous abstenir de toute activité non autorisée.

ATTENTION : En dehors des cas prévus par la réglementation, la prolongation d'un arrêt de travail doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant. Cas particulier en cas d'arrêt suite au décès d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 25 ans ; dans les 13 semaines suivant le décès, aucun délai de carence ne sera appliqué pour le premier arrêt de travail.

Pour plus d'informations : www.arnell.fr/arrêt-de-travail ou scannez le QR Code



Versión éditeur