

# avis d'arrêt de travail

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. le Médecin-Conseil  
(art. L. 162-4-1-ter 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, 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)

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

numéro d'immatriculation 204117107625339

nom et prénom VANNIER Elisa  
(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale) 013811361

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 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 ☒ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ activité non salariée agricole ☐  
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 ☒

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui ☐ non ☒

l'arrêt prescrit est-il 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 (voir notice 3) :

médecin remplaçant le médecin traitant ☐ médecin spécialiste consulté ☐ à l'occasion d'une hospitalisation ☐  
ou le médecin prescripteur initial ☐  
à la demande du médecin traitant ☐  
autre cas ☐ précisez et indiquez le motif :

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale MBF Plashques S.A.S n° téléphone : 04-74-73-17-00  
e.mail : mane-choral.philippe@aph.com

adresse 68 rue Castellion, 01400 OYONNAX

## les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : VANNIER Elisa  
• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au :  
- en toutes lettres : seize novembre 2024 inclus  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres : 16/11/24.

sans rapport\* ☐ en rapport\* ☐ avec une affection de longue durée (voir notice 1)

sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)

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

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 15/11/24 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 4)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au  
(voir notice 5)

sans rapport\*\* ☐ en rapport\*\* ☐ avec une affection de longue durée (voir notice 1)

\*\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

## éléments d'ordre médical (voir notice 6)

Codification du motif médical OU éléments en toutes lettres :

Angine

identification du praticien  
(nom et prénom)

DR CARRIER THERESE  
01 MEDECINE GENERALE  
CONVENTIONNEE

RPPS 10003099883

date 15/11/24 signature du praticien

identification de la structure

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

34 AV LOUIS ARMAND

38180 SEYSSINS

=> 38 1 05734 8 00 1 23 1 01 n°AM

PRN-PRE S3116h



cerfa

n°10170\*06  
PRN-PREavis d'arrêt  
de travail☒ initial ☐ de prolongation (\*)volet 3, à adresser  
à votre  
EMPLOYEUR  
ou au  
POLE EMPLOI

(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, 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)

## l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

12041171076253 39

nom et prénom

VANNIER Erika

(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

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

013811361

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 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 ☒fonctionnaire ☐profession indépendante ☐activité non salariée agricole ☐sans emploi ☐

date de cessation d'activité

précisez votre situation

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ?

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

MBF Plachques S A S

n° téléphone : 04-74-43-17-00

e.mail : marie.chantal.philippe@opklem

adresse

68 Rue Castellon 43000 CYENNAIX

## les renseignements médicaux

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

VANNIER Erika

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres

SAIZE NOVEMBRE 2021 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

15/11/2021

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

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du

au

identification du praticien

(nom et prénom)

DR CARRIER THERESE

date

15/11/2021

signature du praticien

=&gt; 38 1 05734 8

PRN-PRE S3116h

La loi 78-17 du 6-1-78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.  
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal et article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale)

002123 - 05/2011 - 05/756