

avis d'arrêt de travail

cerfa

avis d'arrêt de travail

n°10170*06
PRN-PRE

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.162-4-1-1er 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) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation 1 0 1 0 9 9 9 3 5 0 3 2 0 3 5

nom et prénom AMMARI Ismaïl
(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)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : 8 RUE MARECHAL DODD

code postal 3 8 0 0 0 ville Grenoble n° téléphone : 06 6 8 7 0 3 9 7 0

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 thermique ? 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 n° téléphone :
e.mail :

adresse

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au :
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) trois mois 2023
et
- en chiffres 03 03 2023 inclus

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 01 03 2023 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 VIRALE

identification du praticien (nom et prénom) : CENTRE DE SANTE UNIVERSITAIRE ST MARTI

identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) : CENTRE DE SANTE UNIVERSITAIRE ST MARTI

date 01 03 2023 signature : Dr Raphaël BOUSSON
RPPS 38402 ST MARTIN D'HERES CEDEX
=> 38 0 80469 0 n°AM
PRN-PRE S3116h