

avis d'arrêt
de travail☒ initial☐ de prolongation (*)volet 1, à adresser
au service médicalà 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 et L. 162-4-2, L. 162-4-3, L. 315-2, L. 315-3, L. 315-4, L. 315-5, L. 315-6, L. 315-7, L. 315-8, L. 315-9, L. 315-10, L. 315-11, L. 315-12, L. 315-13, L. 315-14, L. 315-15, L. 315-16, L. 315-17, L. 315-18, L. 315-19, L. 315-20, L. 315-21, L. 315-22, L. 315-23, L. 315-24, L. 315-25, L. 315-26, L. 315-27, L. 315-28, L. 315-29, L. 315-30, L. 315-31, L. 315-32, L. 315-33, L. 315-34, L. 315-35, L. 315-36, L. 315-37, L. 315-38, L. 315-39, L. 315-40, L. 315-41, L. 315-42, L. 315-43, L. 315-44, L. 315-45, L. 315-46, L. 315-47, L. 315-48, L. 315-49, L. 315-50, L. 315-51, L. 315-52, L. 315-53, L. 315-54, L. 315-55, L. 315-56, L. 315-57, L. 315-58, L. 315-59, L. 315-60, L. 315-61, L. 315-62, L. 315-63, L. 315-64, L. 315-65, L. 315-66, L. 315-67, L. 315-68, L. 315-69, L. 315-70, L. 315-71, L. 315-72, L. 315-73, L. 315-74, L. 315-75, L. 315-76, L. 315-77, L. 315-78, L. 315-79, L. 315-80, L. 315-81, L. 315-82, L. 315-83, L. 315-84, L. 315-85, L. 315-86, L. 315-87, L. 315-88, L. 315-89, L. 315-90, L. 315-91, L. 315-92, L. 315-93, L. 315-94, L. 315-95, L. 315-96, L. 315-97, L. 315-98, L. 315-99, L. 315-100)

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

numéro d'immatriculation 1 0 2 0 3 6 9 3 8 2 4 5 8 8 7

nom et prénom RUESGAS ALEXIS

(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

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 : 1 2 0 9 2 0 2 3 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 la demande du médecin traitant ☐à l'occasion d'une
hospitalisation ☐autre cas ☐ précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone

adresse

e.mail :

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) dix-sept septembre deux mille vingt-trois
et
- en chiffres 1 7 0 9 2 0 2 3 inclussans 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)sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle

Date AT/MP :

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge

Date du décès :

* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée (voir notice 8)

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 1 3 0 9 2 0 2 3 non ☐ (voir notice 4)sorties sans restriction : non ☒ oui ☐ à partir du (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 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

éléments d'ordre médical (voir notice 9)

Codification du motif médical

OU éléments en toutes lettres :

contusion à globe fermé oeil gauche

identification du praticien
(nom et prénom)

Bord, Adrian

identification de la structure

(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)
CHU HOPITAL NORD, CS 10217
38043 GRENOBLE

identifiant

n° de la structure 3 8 0 0 0 0 0 6 7
(AM, FINESSE ou SIRET)

date 1 3 0 9 2 0 2 3

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 possible 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)