

Notice à destination du patient

Complétez les rubriques qui vous concernent ("l'assuré(e)" et "l'employeur"), puis selon votre situation :

- **Si vous êtes salarié(e) ①**

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**. Adressez le volet 3 à votre employeur.

Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur.

- **Si vous êtes fonctionnaire ①**

Adressez les volets 2 et 3 à votre employeur **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail** et conservez le volet 1 comportant les données médicales. Vous devrez présenter le volet 1 à toute requête du médecin agréé de votre administration.

- **Si vous exercez une profession indépendante ①**

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de l'agence de Sécurité sociale pour les indépendants, dans l'enveloppe "M. le Médecin-conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**. **Conservez** le volet 3.

- **Si vous êtes non salarié(e) agricole ①**

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de la caisse de MSA dans l'enveloppe "M. le Médecin Conseil" que vous a remise votre Médecin ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin Conseil **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**. **Conservez** le volet 3.

- **Si vous êtes sans emploi ①**

Remplissez la case "précisez votre situation" (ex : chômage, licenciement, démission...). Des indemnités journalières peuvent éventuellement vous être attribuées.

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**. Adressez le volet 3 au pôle emploi.

En cas d'envoi tardif, y compris dans le cadre d'une **prolongation**, vous vous exposez à une réduction du montant de votre indemnisation.

② **accident causé par un tiers :**

Si votre arrêt de travail est consécutif à un accident causé par un tiers, vous êtes tenu d'en informer votre organisme d'assurance maladie. Dans ce cas, cochez la case prévue à cet effet.

③ **prolongation d'un arrêt de travail :**

La prolongation d'un arrêt de travail doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant, **sauf dans les cas** où elle est prescrite par le médecin remplaçant l'un de ces médecins ou par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou à l'occasion d'une hospitalisation.

A défaut, un délai de carence vous sera appliqué, le cas échéant.

En dehors de ces cas, l'assuré(e) doit justifier, par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie, de l'impossibilité du médecin prescripteur de l'arrêt initial ou du médecin traitant de prescrire la prolongation.

Dans tous les cas, l'assuré(e) ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré(e) indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel la prolongation n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

Par ailleurs, votre médecin est tenu de préciser les éléments d'ordre médical justifiant votre arrêt de travail.

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.

En effet, le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières.

Pour tous renseignements complémentaires, consultez votre organisme d'assurance maladie.

avis d'arrêt
de travail☒ initial☐ de prolongation (*)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.162-44, 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

nom et prénom **Marc Allard**

(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) :

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
ou le médecin prescripteur initial ☐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 :

e.mail :

adresse

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :

(à compléter obligatoirement)

et

- en chiffres

trois février deux mille vingt trois

inclus

03/02/2023sans 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 **02/02/2023** 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 :

Syndrome grippal fébril et général avec congestion ORL et céphalique.

identification du praticien

(nom et prénom)

Dr Hassan MIKATI

identifiant

10002256179

identification de la structure

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

**Centre de santé Mediksante
206 Bd. Pereire, 75017 Paris**n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)**750062093**date **02/02/2023**

signature du praticien

PRN-PRE S3116h

avis d'arrêt
de travail

initial



de prolongation (*)

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. 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

nom et prénom Marc Allard

(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) :

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
ou le médecin prescripteur initial ☐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 :

e.mail :

adresse

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :

(à compléter obligatoirement)

et

- en chiffres

trois février deux mille vingt trois

03/02/2023

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 02/02/2023 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

identification du praticien

(nom et prénom)

Dr Hassan MIKATI

identifiant

10002256179

date 02/02/2023

signature du praticien

identification de la structure

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

Centre de santé Mediksanté
206 Bd. Pereire, 75017 Paris

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

750062093

PRN-PRE S3116h

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-44, 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

nom et prénom **Marc Allard**

(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) :

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

n° téléphone :

e.mail :

adresse

les renseignements médicaux

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :

(à compléter obligatoirement)

et

- en chiffres

trois février deux mille vingt trois

03/02/2023

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

02/02/2023

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 Hassan MIKATI

identifiant

10002256179

date **02/02/2023**

signature du praticien

**Centre de santé Mediksanté
206 Bd. Pereire, 75017 Paris**



PRN-PRE S3116h