

# avis d'arrêt de travail

## 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) ou travailleur(euse) indépendant(e) ①**

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

\* si vous êtes salarié(e), adressez le volet 3 à votre employeur et faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur,

\* si vous êtes travailleur(euse) indépendant(e), **conservez** le volet 3.

- **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 êtes non salarié(e) agricole ①**

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

- **Si vous avez plusieurs activités ①**

Cochez les cases correspondantes.

- **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. ou Mme le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. ou Mme 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.

### **Accident causé par un tiers ②**

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.

### **Prolongation d'un arrêt de travail au risque maladie ③**

La prolongation d'un arrêt de travail au risque maladie 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.

### **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.

**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.**



n° 10170\*07  
PRN-BIS

# 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. ou Mme 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, 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)

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

numéro d'immatriculation 104019935136573

nom et prénom **Ahmed Boudokhane**

(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 :       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 ☐  
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) : **Ahmed Boudokhane**

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au            
(à compléter obligatoirement) **six novembre deux mille vingt quatre**  
et **06/11/2024** 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)

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 :        
(voir notice 8)

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

sorties autorisées : oui ☒ à partir du **05/11/2024** 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 : **syndrome grippal**

identification du praticien

(nom et prénom)

Dr Bertrand LAFARGE

identifiant

10001789964

date 05/11/2024

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



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)

PRN-BIS S 3116i

à 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.162-4-1-1er 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, 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)

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

numéro d'immatriculation **104019935136573**

nom et prénom **Ahmed Boudokhane**

(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 :  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 ☐  
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) : **Ahmed Boudokhane**

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au ☐ - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) **six novembre deux mille vingt quatre**  
☒ et ☐ - en chiffres **06/11/2024** 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)

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 :   
(voir notice 8)

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

sorties autorisées : oui ☒ à partir du **05/11/2024** 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

identification du praticien  
(nom et prénom)

**Dr Bertrand LAFARGE**

identifiant **10001789964**

date **05/11/2024**

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**



☒ initial ☐ de prolongation (\*)

à 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. 162-4-1-1er 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)

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

numéro d'immatriculation 104019935136573

nom et prénom Ahmed Boudokhane

(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 : 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** (voir la notice à destination du praticien)

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au  
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) six novembre deux mille vingt quatre  
et  
- en chiffres 06/11/2024 inclus

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 :

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

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 05/11/2024 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 un accident de travail, maladie professionnelle

Date AT/MP :

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

identification du praticien  
(nom et prénom)

Dr Bertrand LAFARGE

identifiant 10001789964

date 05/11/2024

signature du praticien

Centre de santé Mediksanté

206 Bd. Pereire, 75017 Paris

750062093

