

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation

volet 3, à adresser à votre **EMPLOYEUR** ou à **l'ASSEDIC**

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation 1584321054435 13

NOM (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se)) MONGIN

prénom Pascal

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 21700 ville HAGNY-Les-Villers n° de téléphone : 03-80-62-33-46

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 profession indépendante
sans emploi date de cessation d'activité _____ précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2) oui date _____ non

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale DOMAINE GROS - A.F

adresse 5, Grande Rue 21630 POMMARD

n° téléphone : 03-80-22-61-85
e.mail : _____

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : MONGIN Pascal
et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : le 11 février 2015 inclus

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)
* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui à partir du 11/02/2015 non
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 12 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 5)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du _____ (voir notice 5 bis)

reprise à temps partiel pour raison médicale _____ à partir du _____ (voir notice 6)
(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)

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).

date 11/02/2015

signature du praticien [Signature]

identification du praticien (nom, prénom et n° ADELI et/ou n° RPPS)

M. CARNADES SSS 71

correspondance éventuelle destinée à l'employeur