

cerfa
n°10170*04

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.321-1-5, 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 155 0121 054 017 14 3/6 21

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

prénom FRANÇOIS

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) 5 GRANDE RUE

code postal : 21630 ville POMMARD n° de téléphone : 03 80 22 61 85

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'arrêt prescrit fait suite à une cure thermique oui _____ non

l'arrêt prescrit est 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 :

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 DOMAINE AEGROS

adresse 5 GRANDE RUE - 21630 POMMARD

n° téléphone : 03 80 22 61 85
e.mail : af-agros@wanadoo.fr

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : PARENT FRANÇOIS

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : huit jours deux mille quinze inclus

sans rapport* _____ en rapport* _____ avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice 3)

sans rapport* _____ en rapport* _____ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

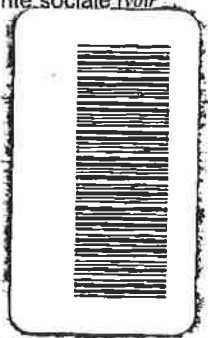
sorties autorisées : oui à partir du 01 06 2015 non _____
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 5)

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)



CONTROLE MEDICAL MS.
ARRIVÉ LE
05 JUIN 2015

date 02.06.2015 Identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

signature du praticien

S 3116 f IMP COSTE AUBENAS - UCANS5 - 12/2007