

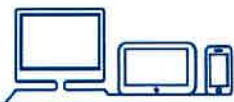
Mon numéro : 2690195680019 32  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
Corinne Robert-bethune  
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli :  
<https://assure.ameli.fr>

3646 Service gratuit  
+ prix appel

MLE CORINNE ROBERT BETHUNE  
34 RUE SAINTE MARGUERITE  
21200 BEAUNE

mon  
parcours  
d'assuré

Le 18/11/2021



### Besoin de contacter votre caisse ?

Ouvrez simplement votre  
compte sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr) ou sur  
l'**appli ameli** et posez vos  
questions par e-mail à votre  
conseiller.

### > MON ARRÊT DE TRAVAIL

Chère Mademoiselle ROBERT BETHUNE,

Votre avis d'arrêt de travail pour la période du 13/10/2021 au 17/10/2021 nous est parvenu après la fin de la période de repos prescrite.

**En conséquence cette période ne donnera pas lieu à indemnisation.**

*Vous pouvez ne pas être d'accord avec notre décision et vouloir la contester. Pour cela, adressez un courrier dans un délai de deux mois à la commission de recours amiable, en indiquant les motifs de votre contestation. Pensez à joindre les justificatifs en votre possession et une copie de notre lettre.*

✉ Monsieur le Président de la commission de recours amiable  
ASSURANCE MALADIE DE COTE D OR  
- CS 34548 - 21045 DIJON CEDEX

Avec toute mon attention,

Madame France TUDO  
votre correspondant de l'Assurance Maladie

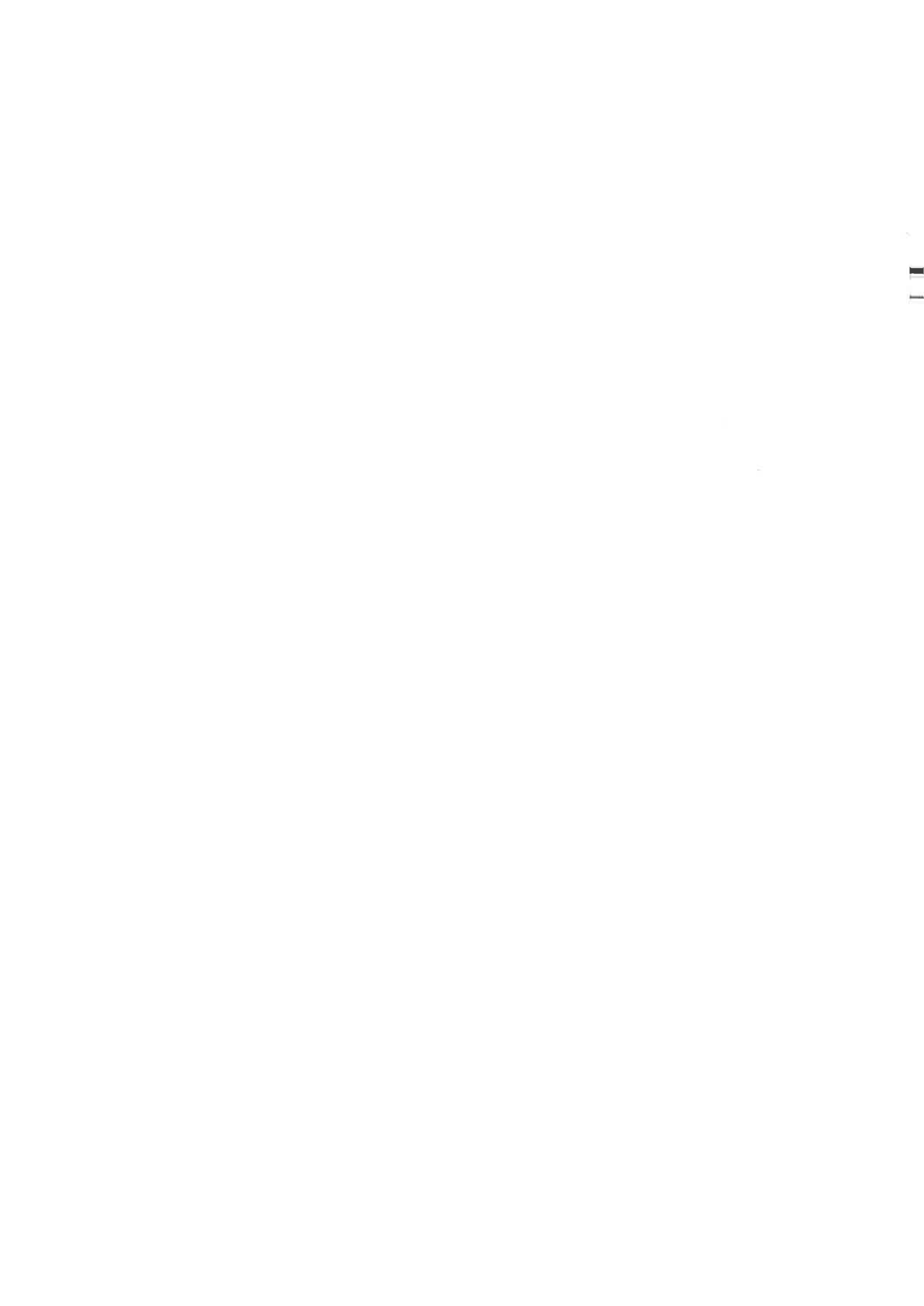


### Télétransmettre mon avis d'arrêt de travail, c'est possible !

Je demande simplement à mon médecin d'établir mon avis d'arrêt de travail en ligne. Les volets 1 et 2 sont alors télétransmis à ma caisse et l'imprimé, remis par mon médecin, m'est confié pour transmission à mon employeur. C'est simple et pratique : pas de frais d'affranchissement, pas de risque de pénalités pour les délais d'envoi.



- Droits aux prestations en espèces, articles L 321-2 et R 323-12 du code de la Sécurité Sociale
- Commission de recours amiable, article R 142-1 du code de la Sécurité Sociale



Madame ROBERT-BETHUNE Corinne

34 Rue Sainte Margueritte

21200 Beaune

N°2 69 01 95 68001932

**LRAR**

**Commission de Recours Amiable**

**Assurance maladie de la Côte d'Or**

**CS 34548**

**21045 DIJON CEDEX**

**Beaune le 19/11/2021**

**Objet** votre refus d'indemnisation de ma prolongation d'arrêt de travail du 13/10/2021 au 17/10/2021

Monsieur Le Président,

Je reçois ce jour un mail de vos services signé de Madame France TUDO m'informant du refus de vos services de m'indemniser ma prolongation d'arrêt de travail pour la période du 13/10/2021 au 17/10/2021.

J'ai été opérée le 11/10/2021 à l'hôpital de Beaune, j'ai eu un premier arrêt fait par l'hôpital allant jusqu'au 12/10 inclus. A l'issue de ce premier arrêt j'ai eu un début de septicémie et l'hôpital de Beaune m'a fait une prolongation jusqu'au 17/10/2021.

Vivant seule avec ma mère âgée et non motorisée c'est mon employeur lui-même (Dirigeant de la SAS FRANCOIS PARENT) qui est allé récupérer la prolongation auprès du secrétariat du service gynécologie de la chef de service de Beaune le Docteur Yacoub et l'a déposé dans la boîte extérieure de la CPAM de Beaune prévue à cet effet le 13/10/2021.

Vous constaterez que l'arrêt initial a été transmis très tôt puisque l'attestation de salaire faite par l'expert-comptable de la société date du 6/10/2021 pour un arrêt prévu le 12/10/2021 ! Je connais les délais impartis même si après de nombreuses années de cotisations je n'ai eu que peu d'arrêt.

Comme je n'avais aucune indemnisation j'ai utilisé mon espace Ameli le 2/11 pour interroger vos services expliquant par ailleurs que tout avait été déposé en boîte à Beaune et visiblement il y avait une partie mais pas l'autre ?

Vos services m'ont alors demandé de renvoyer en dématérialisé le tout ce que j'ai fait le 4/11.

Et puis toujours rien et maintenant cette sanction couperet en date du 18/11/2021 après un nouvel appel de mon employeur sur le 36-79.

Je conteste cette décision que je trouve totalement injuste surtout sanctionnant les suites de mon intervention chirurgicale et les conséquences liées à l'infection qui en a suivie. Mon employeur principal ne pouvant contester directement il joint à la présente un courrier appuyant la présente.

Dans l'attente de vous lire,

Bien cordialement.



Corinne Robert Béthune

SAS FRANCOIS PARENT

1 Place de l'Europe

21630 Pommard

**Siret 42042596900029**

**LRAR**

**Commissions de Recours Amiable**

**Assurance maladie de la Côte d'Or**

**CS 34548**

**21045 Dijon Cédex**

**Pommard le 19/11/2021**

Objet : Votre refus d'indemnisation de notre salariée Madame Robert – Béthune Corinne

Corinne (numéro sécurité sociale 269019568001932)

Monsieur le Président,

Nous avons été informés ce jour par notre salariée du refus de vos services d'indemniser la prolongation de son arrêt de travail, invoquant que vous n'aviez eu qu'une partie des avis d'arrêt de travail dans les délais, en l'occurrence vous n'auriez eu que tardivement la prolongation.

C'est notre Directrice Générale elle-même qui s'est rendue le mercredi 13/10/2021 au secrétariat de l'hôpital de Beaune pour récupérer la prolongation et la déposer le même jour dans la boîte extérieure de la CPAM De Beaune, la salariée étant dans l'impossibilité de s'y rendre pour cause de forte fièvre.

Ce mode de dépôt est autorisé puisque la boîte extérieure est prévue à cet effet au 15 Boulevard Saint Jacques 21200 Beaune.

**Nous ne comprenons pas cette décision dans la mesure où la salariée ne peut être sanctionnée pour un dossier déposé dans les délais et visiblement égaré ensuite ou traité bien plus tard par vos services.**

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires,

Et vous prions d'agréer, Monsieur le Président l'expression de nos meilleures salutations.



Madame PARENT GROS

Directrice Générale

**SAS FRANÇOIS PARENT**  
**« MAISON PARENT-GROS »**  
1 Place de l'Europe - 21630 Pommard  
Tél. 03 80 22 61 85  
SIRET 420 425 969 00029  
T.V.A. FR 14 420 425 969

**COPIE**

## BULLETIN DE SITUATION

**Madame ROBERT BETHUNE CORINNE née ROBERT BETHUNE**

Née le : 11/01/1969

Séjour numéro : 211997953

Adresse : 34 RUE STE MARGUERITE

Code postal : 21200

Ville : BEAUNE (FRANCE)

Numéro de sécurité sociale : 2690195680019 32

Caisse : 01211 Centre : 000

Coefficient antérieur acquis :

Coefficient en K : 0

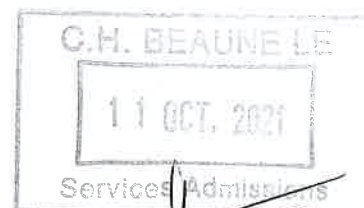
Est hospitalisée depuis le : 11/10/2021

Est présente le : 11/10/2021

*Sochie.*

**Visa du bureau des entrées**

Le



*[Signature]*

COPIE

# Avis d'arrêt de travail

n°10170\*05

PRN-PRE

Initial

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,L.376-1,L.613-20,R321-2,R323-11-1,D323-2,D613-19,D613-23 du Code de la sécurité sociale,L732-4 et 762-18-1 du Code rural et pêche maritime)

## L'assuré(e)

numéro d'immatriculation : **269019568001932**

nom de naissance, prénom : **ROBERT BETHUNE CORINNE, (ROBERT BETHUNE)**

(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 l'adresse habituelle) (1) **34 RUE STE MARGUERITE**

code postal : **21200** Ville : **BEAUNE** N° tél :

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) **Non** Date :

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale? **Non**

l'arrêt prescrit est en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? **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 **SAS FRANCOU PARENT** e.mail : **Cparentgros@gmail.com**  
**ET SAZEL CAROLINE PARENT ET ASSOCIES** n° de téléphone : **0561 17 95 37**

adresse **1 Place de L'EUROPE 21630 PONTAUD**

## Les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom): **ROBERT BETHUNE ROBERT BETHUNE CORINNE**

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : **douze octobre 2021**

inclus

- en chiffres : **12/10/2021**

inclus

**Sans rapport** avec une affection de longue durée (voir notice ③)

**Sans rapport** avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ④)

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

sorties autorisées : **Oui** à partir du **11/10/2021**

(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 restrictions d'horaire:**

**Non** à partir du (voir notice ⑥)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

(voir notice ⑦)

avec une affectation de longue durée (voir notice ⑧)

**\*\*une des deux cases doit être obligatoirement cochée**

### identification du praticien

Docteur **YACOUB Azadah**  
N°RPPS : 10100169563



Date : **11/10/2021** signature du praticien

### identification de la structure (raison sociale et adresse de l'établissement)

**Centre Hospitalier de Beaune**  
**Av. Guigone de Salins B.P. 40 104 - 21203 BEAUNE Cedex**

N°FINESS



210987657

COPIE

# Avis d'arrêt de travail

n°10170\*05

PRN-PRE

 De prolongationVolet 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,L376-1,L613-20,R321-2,R323-11-1,D323-2,D613-19,D613-23 du Code de la sécurité sociale,L732-4 et 762-18-1 du Code rural et pêche maritime)

**L'assuré(e)**numéro d'immatriculation : **269019568001932**nom de naissance, prénom : **ROBERT BETHUNE CORINNE, (ROBERT BETHUNE)**

(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 l'adresse habituelle) (1) **34 RUE STE MARGUERITE**code postal : **21200** Ville : **BEAUNE** N° tél :

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 résidenceactivité 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) **Non** Date :l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale? **Non**l'arrêt prescrit est en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? **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 initialmédecin spécialiste consulté à   
la demande du médecin traitantà l'occasion d'une   
hospitalisationautre cas  précisez et indiquez le motif:**L'employeur**nom, prénom ou dénomination sociale **SAS FRANCOIS PARENT** e.mail : **Cparentgross@gmail.com**  
**et SARL CAROLINE PARENT** n° de téléphone : **05 61 17 95 37**adresse **1 Place de l'Europe 21630 Pommard****Les renseignements médicaux**je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom): **ROBERT BETHUNE ROBERT BETHUNE CORINNE**• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : **dix sept octobre 2021** inclus

et

- en chiffres : **17/10/2021** inclus**Sans rapport** avec une affection de longue durée (voir notice ①)**Sans rapport** avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ②)**\*sur chaque ligne, une des deux cases doit être cochée**sorties autorisées : **Oui** à partir du **13/10/2021**

(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 restrictions d'horaire:****Non** à partir du (voir notice ④)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

(voir notice ⑤)

avec une affectation de longue durée (voir notice ⑥)

**\*\*une des deux cases doit être obligatoirement cochée****identification du praticien**Docteur **YACOUB Azadah**

N°RPPS : 10100169563

Date : **13/10/2021** signature du praticien**identification de la structure (raison sociale et adresse de l'établissement)****Centre Hospitalier de Beaune**  
**Av. Guigone de Salins B.P. 40 104 - 21203 BEAUNE Cedex**

N°FINESS



210987657

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1,441-1 et 441-6 du Code pénal, article L162-1-14 du Code de la sécurité sociale)

