

Récapitulatif des données télétransmises de l'avis d'arrêt de travail à l'Assurance Maladie

initial de prolongation

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-2-5eme al., 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 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation : 2 8 4 0 8 9 9 1 3 9 2 2 4 9 7

nom et prénom : SILVA MACHADO MACHADO CORREIA LILIA

code de l'organisme de rattachement : 0 2 2 1 5 0 0 0 0

adresse où le malade peut être visité :

code postal : ville : n° téléphone : bâtiment :

escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? 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 :

médecin remplaçant le médecin traitant le médecin spécialiste consulté à l'occasion d'une
ou le médecin prescripteur initial à la demande du médecin traitant hospitalisation

autre cas précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : SILVA MACHADO MACHADO CORREIA LILIA

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au { - dimanche 02 janvier 2022 } inclus
- 02/01/2022

sans rapport en rapport avec une affection de longue durée
sans rapport en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse

sorties autorisées : oui à partir du : 17/12/2021 non

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 :

sans rapport en rapport avec une affection de longue durée

éléments d'ordre médical

Codification du motif médical : 008 OU éléments en toutes lettres :
Angine - chirurgie programmée/ herpes labiale/ hyperalgie

Identification du praticien
(nom et prénom)
CHAUVET CAROLINE

identifiant

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

n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) 211008131

J'ai accepté les conditions de transmission et pris connaissance des textes applicables

Date : 17/12/2021

Transmis le : 17/12/2021 à 19:52 - sur amelipro

Données télétransmises de l'avis d'arrêt de travail à l'Assurance Maladie

initial de prolongation

Exemplaire à adresser
à votre EMPLOYEUR ou
au POLE EMPLOI

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-2-5eme al., 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 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation : 2 8 4 0 8 9 9 1 3 9 2 2 4 9 7

nom et prénom (nom de famille – de naissance, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) : SILVA MACHADO

MACHADO CORREIA LILIA

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale) : 0 2 2 1 5 0 0 0 0

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 à la résidence :

(1) L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ?

oui date

non

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR : A réception de l'avis d'arrêt de travail initial, vous devez réaliser un signalement d'arrêt en DSN ou une attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : SILVA MACHADO

MACHADO CORREIA LILIA

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- dimanche 02 janvier 2022

- 02/01/2022

} 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 : 17/12/2021

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)

CHAUVET CAROLINE

Date : 17/12/2021

Identifiant :

Signature :

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, articles L. 114-13 du Code de la sécurité sociale).

- Vous êtes salarié(e) : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser à votre employeur. *A conserver par l'assuré(e)*
Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur.
- Vous êtes fonctionnaire : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser à votre employeur dans les deux jours.
- Vous êtes sans emploi : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser au POLE EMPLOI.
- Vous exercez une profession indépendante : Votre médecin vous remet cet exemplaire à titre d'information.

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.

ATTENTION : En dehors des cas prévus par la réglementation, la prolongation d'un arrêt de travail doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

Pour plus d'informations : www.ameli.fr/arrret-de-travail ou scannez le QR Code

