



n° 10170*07
PRN-BIS

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOI

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.162-1-1, L.162-4, 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 762-16-1 du Code rural et de la pêche maritime)

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

numéro d'immatriculation 164 02 69 382 007 05

nom et prénom BON BON THIERRY
(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) :* 8 rue des NAIGEONS

code postal 21 200 ville BEAUNE 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 SAS DOMAINE AF GTDS n° téléphone 0380 2261 85

adresse 5 Grande Rue 21630 BONNAIS e.mail : contact@af-gros.com

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : BON BON THIERRY

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au seize septembre deux mille vingt quatre
(à compléter obligatoirement)
et
- en lettres 1 6 0 9 2 0 2 4 *- en chiffres* 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 non *(voir notice 4)*

sorties sans restriction : non oui à partir du *(voir notice 5)*

activité(s) autorisée(s) : m a r c h e 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)

Stephanie PALENGAT-PEQUEGNOT

identifiant 1 0 0 0 3 9 8 7 4 6 7

date 11/09/24 signature du praticien

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).

NIÈVRE

Numéro de l'assuré : 1 64 02 69 382 007 06

Nom de l'assuré :


BON THIERRY

Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.

Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

3646 Service gratuit
*prix appel
A l'attention de :
THIERRYCPAM DE LA NIEVRE
58025 NEVERS CEDEXM. BON THIERRY
LE BUISSON BAS
58330 JAILLY
*mon
parcours
d'assuré*

Le 01/09/2022

Pour être mieux suivi... je déclare mon médecin traitant et je respecte le parcours coordonné.

**> MON ATTESTATION DE DROITS À L'ASSURANCE MALADIE
ET À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE**

Chère madame, Cher monsieur THIERRY,

Vous êtes affilié(e) à un régime d'assurance maladie et vous bénéficiez de la Complémentaire santé solidaire pour la protection de votre santé.

Pour faire valoir vos droits, pensez à mettre à jour votre carte Vitale.

Vous trouverez ci-joint une attestation à présenter aux professionnels de santé (médecins, pharmaciens, etc.) si vous ne disposez pas de la carte Vitale.

Conservez la, elle est valable un an. En cas de perte, vous pouvez télécharger l'attestation depuis votre compte sur ameli.fr.

En cas de changement d'activité, de déménagement, de mariage ou de naissance, pensez à informer rapidement votre organisme d'assurance maladie et à mettre à jour votre carte Vitale. Vos droits seront ainsi actualisés.

Avec toute mon attention,

votre correspondant de l'Assurance Maladie

Le 1er novembre 2019, la CMU-C
et l'ACS deviennent
la Complémentaire santé solidaire.


Je simplifie mes démarches en ouvrant un compte sur ameli.fr !

Avec mon compte ameli.fr : je consulte à tout moment mes remboursements, je télécharge mes attestations de droits, je m'informe sur mes droits et démarches, je contacte en ligne mon organisme d'assurance maladie...



→ Votre attestation de droits à l'assurance maladie à présenter aux professionnels de santé