



n° 10170*07
PRN-BIS

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. ou Mme le Médecin-Conseil
(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, 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 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

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

numéro d'immatriculation

nom et prénom LUIS LEITE LJIS LEITE TANIA CRISTINA
(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) :

code postal ville 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 : 1 3 0 1 2 0 2 5
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

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? 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, cochez la case correspondante (voir notice 3) :

médecin remplaçant le médecin traitant médecin spécialiste consulté à l'occasion d'une hospitalisation
ou le médecin prescripteur initial
autre cas précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone
e.mail :

adresse

les renseignements médicaux (à compléter par le médecin traitant ou le médecin prescripteur)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : LUIS LEITE LJIS LEITE TANIA CRISTINA...

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au quinze janvier deux mille vingt cinq
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 1 5 0 1 2 0 2 5 inclus

sans rapport* en rapport* avec une affection de longue durée (voir notice 1)
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 :
sans rapport* en rapport* avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès :
(voir notice 3)

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

sorties autorisées : oui à partir du 1 3 0 1 2 0 2 5 non (voir notice 4)

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

activité(s) autorisée(s) : 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 une affection de longue durée (voir notice 1)
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)

Maxence DESTOURS

identifiant 1 0 1 0 1 9 2 6 6 1 5

identification de la structure

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

HOSPICES CIVILS DE BEAUNE

BP 40104 - 21203 BEAUNE CEDEX

n° de la structure 2 1 0 0 1 2 1 7 5
(AM, FINISS ou SIRET)

date 1 3 0 1 2 0 2 5 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 assureur 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, 4-1-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

PRN-BIS S 31161