

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.321-1-5ème 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)

numéro d'immatriculation : 1 8 5 0 3 9 9 1 3 4 9 1 4 6 0

nom et prénom : MACIAS MARTINEZ JOSE

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

situation professionnelle : salarié(e)

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 :

adresse :

n° téléphone : e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : MACIAS MARTINEZ JOSE

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - jeudi 29 septembre 2022
- 29/09/2022) inclus

sans rapport en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse
sans rapport en rapport avec un accident du travail, maladie professionnelle date AT/MP :

sorties autorisées : oui à partir du : 29/09/2022 non
sorties sans restriction : non oui à partir du :
activité(s) autorisée(s) : oui à partir du : non

• et prescrit un temps partiel / travail aménagé pour raison médicale du : au :
sans rapport en rapport avec un accident du travail, maladie professionnelle date AT/MP :

Identification du praticien (nom et prénom)
LOUWS JOHAN

Date : 29/09/2022

Identifiant :

Signature : 
16101008234 / 21000001

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).

A conserver par l'assuré(e)

- Vous êtes salarié(e) : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser à votre employeur. Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur.
- 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. Cas particulier en cas d'arrêt suite au décès d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 25 ans : dans les 13 semaines suivant le décès, aucun délai de carence ne sera appliqué pour le premier arrêt de travail.

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





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.162-4-1-1 et L.162-4-1-2, L.162-4-1-3, L.162-4-1-4, L.162-4-1-5, L.162-4-1-6, L.162-4-1-7, L.162-4-1-8, L.162-4-1-9, L.162-4-1-10, L.162-4-1-11, L.162-4-1-12, L.162-4-1-13, L.162-4-1-14, L.162-4-1-15, L.162-4-1-16, L.162-4-1-17, L.162-4-1-18, L.162-4-1-19, L.162-4-1-20, L.162-4-1-21, L.162-4-1-22, L.162-4-1-23 du Code de la sécurité sociale, L.782-4 et L.762-46-1 du Code de la sécurité sociale et de la sécurité maritime

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

numéro d'immatriculation 1 8 5 0 3 9 9 1 3 4 9 1 4 6 0

nom et prénom **MACIAS MARTINEZ JOSE**
(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 :
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 n° téléphone

e.mail :

adresse

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

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : **MACIAS MARTINEZ JOSE**

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au *(à compléter obligatoirement)* Mercredi cinq octobre 2022
- en toutes lettres :
- en chiffres 0 5 1 0 2 0 2 2 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 0 3 1 0 2 0 2 2 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 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)

Docteur Thomas Etienne

identifiant 1 0 1 0 0 9 5 3 9 2 5

date 0 3 1 0 2 0 2 2 signature du praticien

Docteur Thomas ETIENNE
SOS Besaine
N° AM 217015011
03 83 30 99 53 92 5

Conformément au Règlement européen n° 2016/679 (LE) 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).
Il lui est possible de présenter des plaintes, d'obtenir et en copie, tout document qu'elle se rend compte de fausses ou de fausses déclarations ou que d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages inclus articles S13-14-15-16-17-18-19-44-1-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-1-1 du Code de la sécurité sociale.

PRN-BIS S 31161