



avis d'arrêt de travail

volet 1, à adresser au service médical

n° 10170*07
PRN-BIS

initial de prolongation (*)

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, L.162-4, L.315-2, L.321-1-5, L.320-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.325-11-1, 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 762-13-1 du Code rural et de la pêche maritime)

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

numéro d'immatriculation 118110971014023

nom et prénom BLONDEAUX Joël
(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)* : 10 Place de la République

code postal 21700 ville Nuits St Georges 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

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 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 DOMAINE AF GROS n° téléphone 0380225185

adresse 5 Grande rue 21630 Lamard e.mail : _____

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

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : BLONDEAUX Joël

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____ et _____
- en toutes lettres : quatre cent deux mille vingt trois
(à compléter obligatoirement)
- en chiffres 04042023 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 21/03/2023 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

éléments d'ordre médical (voir notice 9)

Codification du motif médical _____ OU éléments en toutes lettres : fracture base 2^e MCP droit

identification du praticien (nom et prénom) : Docteur Sophie CANEL

URGENCES MUR HOSPICES CIVILS DE BEAUNE

N° RPPS 10002183134 N° FINSS 210987657

date 12/10/3/2023 signature du praticien [Signature]

CANEL SOPHIE

N° RPPS _____ N° FINSS _____

10002183134 210987657