



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.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.323-6, L.376-1, L.613-2), R.321-2, R.323-1-1, D.323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, D.613-18, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 752-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

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

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

nom et prénom MARCU ROMAIN

(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 Commune d'Aussac-Vadalle n° téléphone 05 45 20 61 60

adresse 61, rue de la République 16560 AUSSAC-VADALLE e-mail: Marie@aussac-vadalle.fr

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

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : MARCU ROMAIN

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
 - en toutes lettres : vendredi vingt décembre deux-mille-vingt-quatre
 (à compléter obligatoirement)
 et
 - en chiffres 2 0 1 2 2 0 2 4 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 2 0 1 2 2 0 2 4 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)

Glavier Marion

identifiant 1 0 1 0 1 1 3 3 4 4 4

date 2 0 1 2 2 0 2 4 signature du praticien

Signé via Docotolib le 20/12/2024

Marion Glavier

Conformément au Règlement européen n° 2016/679 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 difficulté dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL). La loi rend possible de pérenniser financièrement, d'améliorer et/ou d'agrandir les services de santé publique et de financer des recherches en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 215-18, 313-3, 433-13, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-1-7-1 du Code de la sécurité sociale)

PRN-BIS 10170