

avis d'arrêt  
de travail

initial



de prolongation (\*)

volet 1, à adresser  
au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. 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, 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 à destination du patient)

numéro d'immatriculation 290021637402643

nom et prénom PEQUEUR Bénédicte

(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal 16560 ville AUSSAC-VADALLE n° téléphone : 0640215110

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

activité salariée ☐ fonctionnaire ☒ profession indépendante ☐ activité non salariée agricole ☐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

n° téléphone :

e.mail :

adresse

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

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : PEQUEUR Bénédicte

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres

08012021 Huit Janvier 2021

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)

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

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 04012021 non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ oui ☐ à partir du (voir notice 4)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

(voir notice 5)

sans rapport\*\* ☐ en rapport\*\* ☐ avec une affection de longue durée (voir notice 1)

\*\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

## éléments d'ordre médical (voir notice 6)

Codification du motif médical

OU éléments en toutes lettres :

Asthénie et douleurs ligamentaires

identification du praticien  
(nom et prénom)DOCTEUR BENNIS NECHBA SALIM  
07 GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  
CONVENTIONNEE

RPPS 10005185912

date 04012021

signature du praticien

identification de la structure

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

CENTRE CLINICAL  
2 CHE DE FREGENEUIL

16800 SOYAUX

=&gt; 16 1 00099 7 00 1 24 1 07 n°AM

PRN-PRE S3116h