

avis d'arrêt
de travail☒ initial ☐ de prolongation (*)volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOIà 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 à destination du patient)

numéro d'immatriculation

129 002 16 374 192 51 143

nom et prénom

PEQUEUR Benedicte

(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

16560

ville

AUSSAC-VADALLE

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) :

PEQUEUR Benedicte

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

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

Dauze octobre 2023

12 10 20 23

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

10 10 20 23

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

(voir notice 7)

au

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 BARRET JEAN-LOUIS

date

10 10 20 23

signature du praticien

Jeanne-Elie GUILLAUD
Médecin Généraliste
Interne

=> 16 1 70035 6

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" n° 6 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)

PRN-BIS S 31161