

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
(n° L10241-1-ord, L10244, L3162, L211-5ème a, L.323 & L.376-1, L.513-29, 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.7324 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 2 9 0 0 2 1 6 3 7 4 0 2 6 4 3

nom et prénom PEQUEUR BENEDICTE

(nom de famille - de naissance - surnom, si l'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 ②) _____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 vendredi quatre avril deux-mille-vingt-cinq

- en toutes lettres : _____

vendredi quatre avril deux-mille-vingt-cinq

et

- en chiffres : _____

0 4 0 4 2 0 2 5

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 0 4 2 0 2 5 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) MARTIN Magdeleine
Glavier Marion _____
Médecin généraliste
RPPS 1107113465

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

date 0 3 0 4 2 0 2 5 signature du praticien

Conformément au Règlement pour la protection des données du 25 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 de l'informatique et des libertés (CNIL). La loi rend passible de pénalités financières, d'emprisonnement ou de condamnation pour se rendre coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages (nous faire référence à l'article 433-1 à 433-5, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).