

# Données télétransmises de l'avis d'arrêt de travail à l'Assurance Maladie

☐ initial ☒ de prolongation

Exemplaire à adresser  
à votre EMPLOYEUR ou  
au POLE EMPLOI

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-2-5eme al., L. 376-1, L. 613-20, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 613-19, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L. 732-4 du Code rural et de la pêche maritime)

## l'assuré(e)

numéro d'immatriculation : 2 7 9 0 3 0 8 1 0 5 1 6 4 1 6

nom et prénom (nom de famille - de naissance, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) : LEQUEUX ERDOGAN SABRINA

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale) : 0 1 1 6 1 1 6 0 1

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 à la résidence :

(1) L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence.

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ?

☐ oui date

non ☒

**MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR : A réception de l'avis d'arrêt de travail initial, vous devez réaliser un signalement d'arrêt en DSN ou une attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).**

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : MAIRIE

adresse : 61 rue de la République 16560 ASSAC-MONIEUX

n° téléphone : 05.5206160

e.mail : mairie@assac-monieux.fr

## les renseignements médicaux

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : LEQUEUX ERDOGAN SABRINA

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- vendredi 13 novembre 2020

- 13/11/2020

} inclus

sans rapport\* ☒

en rapport\* ☐

avec un état pathologique résultant de la grossesse

\*une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui ☒ à partir du : 06/11/2020

non ☐

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

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

non ☐

oui ☒

à partir du : 06/11/2020

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du :

au :

Identification du praticien (nom et prénom)

GLAVIER MARION

Date : 06/11/2020

Identifiant :

Signature :

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 du Code de la sécurité sociale).