

avis d'arrêt
de travailinitial de prolongation volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou à
l'ASSEDIC

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

1620916015050

04

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))

LA LUT

prénom

PASCAL

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

1011611601

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

code postal

ville

n° de 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 résidenceactivité salariée

profession indépendante

sans emploi

date de cessation d'activité

précisez votre situation (voir notice ①)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice ②) oui

date

non l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice ②) oui

date

non

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse

n° téléphone :
e.mail :

les renseignements médicaux

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

LA LUT Pascal

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) :

30 Avril 72

inclus

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sans rapport* en rapport*

avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ④)

sorties autorisées: oui à partir du 78037022 non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ⑤)

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

non oui à partir du 98038048 (voir notice ⑤bis)reprise à temps partiel pour raison médicale à partir du _____ (voir notice ⑥)

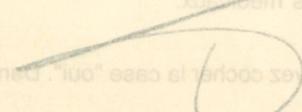
(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)

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 salari(e).

date

signature du praticien



identification du praticien (nom, prénom et n° ADELI et/ou n° RPPS)

DOCTEUR MARTIN JEAN-BRUNO

=> 161011440

correspondance éventuelle destinée à l'employeur