

avis d'arrêt  
de travail☐ initial ☒ de prolongation (\*)volet 2, à adresser  
au service médical  
(qui le remettra  
aux services administratifs)

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 162091601505004

nom et prénom LALUT PASCAL

(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)

011611601

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

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 ☐ 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) : LALUT Pascal

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

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

781072077

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 28072077 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 28072077 (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

identification du praticien  
(nom et prénom)DOCTEUR MARTIN JEAN-BRUNO  
01 MEDECINE GENERALE  
CONVENTIONNEEidentification de la structure  
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

4 R DU DOCTEUR ANDRE DEGORCE

date 28072077

RPPS 10002689015

signature du praticien

16460 AUNAC

=&gt; 16 1 01144 0 00 1 20 1 01 n°AM

PRN-PRE S3116h