

n°10170\*05  
PRN-PREavis d'arrêt  
de travail  
DupliCATA☒ initial ☐ de prolongation (\*)volet 1, à adresser  
au service médical

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, L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.326-6, 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 1 6 2 0 9 1 6 0 1 5 0 5 0 0 4

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)

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 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 ☐ date 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 mairie d'Aussac Vadalle

n° téléphone :

adresse

e.mail :

## 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 : dimanche 5 juillet 2020  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres 0 5 0 7 2 0 2 0

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 2 7 0 6 2 0 2 0 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 2 7 0 6 2 0 2 0 (voir notice 4)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

sans rapport\*\* ☐ en rapport\*\* ☐ avec une affection de longue durée (voir notice 1)

\*\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

## éléments d'ordre médical (voir notice 5)

Codification du motif médical 9 9 9 OU éléments en toutes lettres : épuisement en rapport probable avec le travail;

## identification du praticien

(nom et prénom)  
Dr MARTIN Jean-Bruno

## identification de la structure

(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

identifiant 1 0 0 0 2 6 8 9 0 1 5 n° de la structure (AM, FITNESS ou SIRET)

date 2 7 0 6 2 0 2 0 signature du praticien

27062020

PRN-PRE S3116g