

## 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-Seme al., 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 du Code rural et de la pêche maritime)

### l'assuré(e)

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

nom et prénom (nom de famille – de naissance, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) : CHAILLOUX SEBASTIEN

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 salari(e).

### l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : Mairie d'Aussac - VADAIL

adresse : 61 rue de la République 16360 AUSSAC - VADAIL

n° téléphone : 0545 26 61 60

e-mail : mairie.aussac-vadail@orange.fr

### les renseignements médicaux

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

{ - dimanche 10 mai 2020  
- 10/05/2020

} 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 : 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 :

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du

Identification du praticien (nom et prénom) : GENDRE-HENRY

au :

GENDRE-HENRY LUCILE 6 cour marchande

Date : 14/04/2020

16230 SAINGEAU

Signature :

Tél : 05 45 20 57 85

APEL 161700562

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).

- Vous êtes salarié(e) : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser à votre employeur. A conserver par l'assuré(e)  
Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur.
- Vous êtes fonctionnaire : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser à votre employeur dans les deux jours.
- Vous êtes sans emploi : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser au POLE EMPLOI.
- Vous exercez une profession indépendante : Votre médecin vous remet cet exemplaire à titre d'information.

**IMPORTANT :** Quelle que soit votre situation, n'oubliez pas :

- De respecter les heures de présence à domicile (de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures), sauf en cas de sorties autorisées sans restriction d'horaire ou à l'occasion d'un temps partiel pour raison médicale,
- De demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- De vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical,
- De vous abstenir de toute activité non autorisée.

**ATTENTION :** En dehors des cas prévus par la réglementation, la prolongation d'un arrêt de travail doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

Pour plus d'informations : [www.ameli.fr/arret-de-travail](http://www.ameli.fr/arret-de-travail) ou scannez le QR Code



CENTRE DE GESTION DE LA CHARENTE

30 RUE DENIS PAPIN  
CS 12213  
16022 ANGOULEME CEDEX  
Tél : 05.45.69.45.76 ou 05.45.69.45.86

Date de déclaration : 20/04/2020

Signature et cachet de la collectivité :



ATTENTION, TOUTES LES DONNEES SONT OBLIGATOIRES

AGENT

Nom marital : CHAILLOUX Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : Sébastien

Numéro sécurité sociale 1810116374041 clé 16

Date d'entrée dans la collectivité : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Temps complet  Temps partiel \_\_\_\_\_ %  Temps non complet \_\_\_\_\_ heures / mois

Nombre d'enfant(s) à charge (au sens Sécurité Sociale) : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfant(s) ouvrant droit au SFT : 2

Catégorie :  A  B  C Date de naissance : 14/01/85 Sexe :  Masculin  Féminin

Pour les détails de déclaration, merci de vous reporter aux Conditions Générales de votre Assureur.

Attention : Toute demande transmise hors délai ne sera pas prise en charge.

SINISTRE

MO (Maladie ordinaire)

LM (Longue maladie)

LD (Longue Durée)

MDO (Mise en disponibilité)

GP (Grossesse pathologique)

MAT (Maternité)

CP (Couches pathologiques)

PAT (Paternité)

AT (Accident du travail)

MP (Maladie professionnelle)

TPT (Temps partiel thérapeutique)

Nature de l'arrêt *	Période d'arrêt			
	Date d'origine	Début	Fin	Date de reprise
NO	<u>17/03/20</u>	<u>16/04/20</u>	<u>10/05/20</u>	<u>11/05/20</u>

\*Merci d'utiliser les abréviations mentionnées ci-dessus (ex : AT, MAT, etc ...)

Antériorité MO sur les 365 jours précédents		
Début	Fin	Plein traitement Demi-traitement
<u>17/03/20</u>	<u>15/04/20</u>	<u>PT</u>

SALAIRE

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Indice majoré				<u>338</u>								
NBI				<u>1045</u>								
Indemnités accessoires				<u>IPSE</u>								

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

Utiliser l'imprimé spécifique

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Pour toute demande, veuillez-vous adresser à :  
Gras Savoie Groupe-Sud ADP Public - Collectivités Locales, 5 Avenue Raymond Manaud, BP 50017, 33522 Bruges Cedex Tél 05 56 00 90 80 Télécopie 05 56 00 90 81

Gras Savoie Société de courtage d'assurance et de réassurance  
Siège social : Immeuble Quai 33, 33/34 quai de Dion-Bouton, CS 70001, 92814 Puteaux Cedex. Tél. 01 41 43 50 00. Télécopie 01 41 43 55 55. <http://www.grassavoye.com>  
Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros.  
311 248 637 R.C.S. Nanterre N° FR 61 311 248 637, Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 07 001 707. (<http://www.orias.fr>).  
Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution. 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9