

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.321-2-5ème 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 salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : MAIRIE D'AUSSAC - VADAUE

adresse : 61 rue de la République 16360 AUSSAC - VADAUE

n° téléphone : 0545206160 e.mail : mairie@aussac-vadaue.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 } inclus
- 10/05/2020

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 : au :

Identification du praticien (nom et prénom)

GENDRE-HENRY LUCILE

Date : 14/04/2020

Identifiant :

16230 St Angeau
Tél : 05 45 20 37 85
ADEL 161700562

Signature :

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'information, 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/arrêt-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 :



Le Maire,

Gérard LIOT

ATTENTION, TOUTES LES DONNEES SONT OBLIGATOIRES

AGENT

Nom marital : CHAILLOUX Nom de jeune fille :

Prénom : Sébastien

Numéro sécurité sociale 1850116374041 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 délais 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	17/03/20	16/04/20	10/05/20	11/05/20

*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
17/03/20	15/04/20	PT

SALAIRE

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Indice majoré				338								
NBI				10 p/s								
Indemnités accessoires				IPSC								

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 Savoye 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 Savoye 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.orient.fr>).
Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61, rue Talbott 75436 Paris Cedex 9