

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.321-2-5eme 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 9 3 0 5 1 3 0 0 1 1 8 6 4 7
nom et prénom (nom de famille – de naissance, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) : OLIVEIRA BENJAMIN
code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale) : 0 1 1 3 1 0 4 0 3
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 :
adresse :
n° téléphone :

e.mail :

les renseignements médicaux

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - jeudi 22 octobre 2020
- 22/10/2020 } 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 : 15/10/2020 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)
MJID RIADH

Date : 15/10/2020

Identifiant :

Signature :

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 ou scannez le QR Code

