

# avis d'arrêt de travail

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.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

## l'assuré(e)

numéro d'immatriculation  
 nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))  
 prénom

*Ce modèle est présenté à titre d'information. Pour votre démarche, le formulaire original vous sera fourni par l'organisme d'assurance maladie.*

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1)

code postal ville n° de 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

### profession indépendante

sans emploi date de cessation d'activité précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2) oui date non  
 l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermale oui non  
 l'arrêt prescrit est 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 :

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

*Dans ce cas, l'assuré doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux.*

nom, p  
 adresse

## renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (nom et prénom) :  
 (en lettres) : inclus

sans rapport\* en rapport\* avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice 3)

sans rapport\* en rapport\* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

\* 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. Voir notice 5)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :  
 non oui à partir du (voir notice 5 bis)

reprise à temps partiel pour raison médicale à partir du (voir notice 6)  
 (art. L.323-3 du Code de la sécurité sociale)

éléments d'ordre médical (voir notice 7) :

date identification du praticien et le cas échéant de l'établissement  
 signature du praticien