

cerfa
n°10170*05
PRN-PRE

avis d'arrêt de travail

volet 1, à adresser
au service médical

☒ initial ☒ de prolongation (*) 771003120020609008

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 du Code de la sécurité sociale, L. 321-1, L. 321-2, R. 321-1, R. 321-2, 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 206 0797414 181 67

nom et prénom PAYET Laurence
(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)

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 BUT

n° téléphone :

e.mail :

adresse 1 Avenue Spinoza 77114 Emerainville

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : PAYET Laurence

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au ☒ en toutes lettres : QUINZE janvier 2020 ☒ inclus
ou ☐ en chiffres 15/01/2020

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 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)

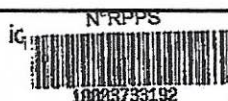
par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ oui ☒ à partir du 15/01/2020 (voir notice ④)

et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au
(voir notice ⑤)

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

** une des deux cases doit être obligatoirement cochée



identification de la structure

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

identifiant

n° de la structure
(AM, FINES ou SIRET)

date 15/01/2020 signature du praticien

Dr MATRONIERE

PRN-PRE S3116g