

avis d'arrêt de travail

n°10170*05

PRN-PRE

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.321-1-5ème al., L.323-6, 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 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

nom et prénom

(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

ABDALLAH

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

n° téléphone :

e.mail :

adresse

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

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)

et

- en chiffres

14062019

inclus

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 12062019 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 (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

éléments d'ordre médical (voir notice 6)

Codification du motif médical

OU éléments en toutes lettres :

DÉCOUVERTE DE CARDIOMYOPATHIE HYPERTROPHIQUE

identification du praticien (nom et prénom)

identification de la structure (nom, adresse, numéro de téléphone ou de l'établissement)
DOCTEUR XAVIER LUANIKA

CABINET AVICENNE

RÉSIDENCE BARAKANI

n° de la structure (AM, FINESS ou SURETÉ)
2, RUE DE L'HOPITAL

97600 MAMOUDZOU

97600 MAMOUDZOU

N°RPPS : 10003430708

identifiant

date 12062019

signature du praticien

SUIVI DES CONGES AGENTS TGI MDZ 2019"

NOM	Prénom	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
		S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
AGENTS TECHNIQUES																															
ABDALLAH															AR	AR	AR														

- C** RECUPERATION
- C** CONGE
- C** CONGE DEMI Journée
- AR** ARRET MALADIE
- CET** COMPTE EPARGNE TEMPS
- AA** AUTORISATION ABSENCE
- EM** ENFANT MALADE
- F** FORMATION
- Absence
- Greve
- CESE** CESE
- M** MUTATION
- CPA** CONGES MATERNITE
- CPA** CONGES PATERNITE

Nom ABDALLAH
Prénom :
Fonctions AT
Service AT

Temps de travail 100 %
Modifié le : X
Nouveau temps de travail : X
Cycle
Jour(s) non travaillé(s)

Récapitulatif des congés 40
 Jours de fractionnement 2
 †
Solde CET 25

CONGES			CMO NB : Rouge = -1 RTT Bleu = -2 RTT Vert = - 3 RTT			Autorisations d'absence (mariage, droit syndical, enfant malade, concours, déménagement...)		
Nombre de Jours pris	date congés	solde	Nombre de jours	date	Total	Nombre de jours d'absence	date	solde
2	DU 27 AU 28/12/18	40	4	arrêt maladie du 20/02 au 25/02/19	4			4
10	Du 28/01/19 au 08/02/19	30	23	arrêt maladie du 06/03 au 06/04/19	27			27
1	CMO	29	5	arrêt maladie du 20/05 au 24/05/19	32			27
		29	3	arrêt maladie du 12/06 au 14/06/19	35			27
		29			35			27

De: TGI-MAMOUDZOU/SEC/DG
À: CA-ST-DENIS-REUNION/SAR/RGRHA
Cc: MUKOBO Angele
Objet: Arrêt maladie ABDALLAH
Pièces jointes: Arrêt maladie ' / ABDALLAH.pdf

Bonjour,

Veillez trouver ci-joint l'arrêt maladie de Mr MOHAMADI ABDALLAH

Bien cordialement.

Pour la Directrice de Greffe

ZOUBADOU Mariame Soifyah
Secrétariat de la Direction du Greffe
Tribunal de Grande Instance de Mamoudzou
BP 106 - 97600 MAMOUDZOU
TEL: 0269 61 11 15 - LIGNE 252
mariame.zoubadou@justice.fr

