



n°10170*05
PRN-PRE

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. 102-4-1, L. 112-4, L. 112-44, L. 315-2, L. 321-5, L. 321-6, 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 732-18-1 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)

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) :