cerfa

n° 10170*07

PRN-BIS

avis d'arrêt de travail

☐ initial ☑ de prolongation (*)

à votre EMPLOYEUR ou au POLE EMPLOI

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme 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, R.441-10, L.433-1, R.433-15, 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)

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

salarié(e) ☐ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ non salarié(e) agricole ☐ élu(e) local(e) ☐

artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA ☐ sans emploi ☐ date de cessation d'activité : précisez votre situation (voir notice ❶)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? *(voir notice ❷)* : oui ☐ date : non ☐

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

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) : .....

- et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
  - *en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)*
  - **et**
  - *en chiffres* inclus

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

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :

*** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée**

sorties autorisées : oui ☐ à partir du non ☐ *(voir notice ❹)*

sorties sans restriction : non ☐ oui ☐ à partir du *(Voir notice ❺)*

activité(s) autorisée(s) : ..... oui ☐ à partir du non ☐ *(Voir notice ❻)*

- et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au *(voir notice ❼)*

sans rapport** ☐ en rapport** ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :

*** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée**

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

date signature du praticien

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des