

n°10170\*0  
PRN-PRE

# de travail

initial  de prolongation (\*)

EMPLOYEUR  
ou au  
POLE EMPLOI

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, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, L.613-20, D.613-19 et D.613-23 du Code de la sécurité sociale)  
**l'assuré(e)**

numéro d'immatriculation

nom et prénom

(nom de famille - de naissance -, suivi, le cas échéant, 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) (I) :

code postal

ville

n° téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(I) 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

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers :

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 salari(e).

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone :  
e.mail :

adresse

## les renseignements médicaux

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

• 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

\* 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)

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

non  oui  à partir du

\_\_\_\_\_

• prescrit un temps partiel pour raison médicale du

\_\_\_\_\_

au

\_\_\_\_\_

identification du praticien  
(nom et prénom)

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

identifiant

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

date

signature du praticien

**PRN-PRE S3116x**