

# Données télétransmises de l'avis d'arrêt de travail à l'Assurance Maladie

initial       de prolongation

(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)

Exemplaire à adresser  
à votre EMPLOYEUR ou  
au POLE EMPLOI

## **l'assuré(e)**

numéro d'immatriculation : 1 0 3 0 9 3 1 5 5 5 3 1 9 8 6

nom et prénom : ESCAFFRE LUCAS

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 à la résidence :

(1) *L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence.*

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui  date :

non

situation professionnelle : Salarié(e)

**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 salariée(e).

## **l'employeur**

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

e.mail :

## **les renseignements médicaux**

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - vingt-trois février deux mille vingt-quatre  
- 23/02/2024 ] inclus

sans rapport  en rapport  avec un état pathologique résultant de la grossesse

sans rapport  en rapport  avec un accident du travail, maladie professionnelle date AT/MP :

sorties autorisées : oui  à partir du : 23/02/2024 non

sorties sans restriction : non  oui  à partir du :

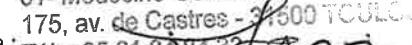
activité(s) autorisée(s) : oui  à partir du : non

• et prescrit un temps partiel / travail aménagé pour raison médicale du : au :

sans rapport  en rapport  avec un accident du travail, maladie professionnelle date AT/MP :

**Identification du praticien (nom et prénom)**  
SAPIN PIERRE-HENRI

Identifiant : 10004989249

**Dr Pierre-Henri SAPIN**  
Date : 23/02/2024  
01-Médecine Générale - Conventionné  
175, av. de Castres - 31500 TOULOUSE  
Signature :   
Tél. : 05.61.31.84.60 - E-mail : [DR.PH.SAPIN@FREE.FR](mailto:DR.PH.SAPIN@FREE.FR) - Identifiant : 10004989249

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 possible de sévères sanctions 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 avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).



A conserver par l'assuré(e)

- Vous êtes salarié(e) : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser à votre employeur.  
Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur.
- Vous êtes sans emploi : Votre médecin vous remet cet exemplaire que vous devez adresser au POLE EMPLOI.
- Vous exercez une profession indépendante : Votre médecin vous remet cet exemplaire à titre d'information.

**IMPORTANT** : Quelle que soit votre situation, n'oubliez pas :

- de respecter les heures de présence à domicile (de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures), sauf en cas de sorties autorisées sans restriction d'horaire ou à l'occasion d'un temps partiel pour raison médicale,
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical,
- de vous abstenir de toute activité non autorisée.

**ATTENTION** : En dehors des cas prévus par la réglementation, la prolongation d'un arrêt de travail doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant. Cas particulier en cas d'arrêt suite au décès d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 25 ans : dans les 13 semaines suivant le décès, aucun délai de carence ne sera appliqué pour le premier arrêt de travail.

Pour plus d'informations : [www.ameli.fr/arret-de-travail](http://www.ameli.fr/arret-de-travail) ou scannez le QR Code



Version éditeur