

avis d'arrêt de travail

☒ initial ☐ de prolongation (*)

volet 3, à adresser
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 202021315549361
nom et prénom ARSENTEAU ALICE
(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) : 33 Rue de la République Leval
code postal 13009 ville Marseille n° téléphone 06 13 11 38 17
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) Md/AGESSA ☐ 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 ☒

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 Sefos Cabut Dailly n° téléphone 04 91 19 38 82
e.mail : gordon.une@sefos.com
adresse 13 Boulevard Aurilla (au 1er) 13010 Bonnet

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____
- en toutes lettres : _____
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 03 04 2023 inclus

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ②)

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 ④)
sorties sans restriction : non ☐ oui ☒ à partir du 03 04 2023 (voir notice ⑤)
activité(s) autorisée(s) : _____ oui ☐ à partir du _____ non ☐ (voir notice ⑥)

• et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du _____ au _____
(voir notice ⑦)

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)

DOCTEUR ROCHE STEPHANE

date 03 04 2023 signature du praticien _____

=> 13 1 18278 4

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 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)

PRN-BIS S 31161