

**à destination du patient**

Après avoir complété les rubriques "assuré(e)" et "employeur" :

- **Si vous êtes salarié(e) ①**  
**Adressez au service médical** de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**, les volets 1 et 2 de cet avis. **Adressez** le volet 3 à votre employeur.  
 Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaires établie par votre employeur.
- **Si vous êtes sans emploi ①**  
 Remplissez la case "précisez votre situation" (ex : chômage, licenciement, démission...). Des indemnités journalières peuvent éventuellement vous être attribuées.  
**Adressez au service médical** de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**, les volets 1 et 2 de cet avis. **Adressez** le volet 3 à votre ASSEDIC.
- **Si vous exercez une profession indépendante ①**  
**Adressez** les volets 1 et 2 au **service médical** de votre Caisse Maladie Régionale et conservez le volet 3.
- **Si vous êtes fonctionnaire ①**  
**Adressez** les volets 2 et 3 à votre employeur et conservez le volet 1 comportant des données médicales. Vous devrez présenter le volet 1 à toute requête du médecin agréé de votre administration (circ. FP/4 n° 2049 du 24 juillet 2003 - NOR FPPA0300112C).

**En cas d'envoi tardif**, vous vous exposez à une réduction du montant de votre indemnisation  
*(art. D.323-2 du Code de la sécurité sociale pour les assurés du régime général).*

**② accident causé par un tiers :**

Si votre arrêt de travail est consécutif à un accident causé par un tiers, vous êtes tenu d'en informer votre organisme d'assurance maladie (art. L.376-1 du Code de la sécurité sociale). Dans ce cas, cochez la case prévue à cet effet.

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

- de respecter les heures de présence à domicile sauf en cas de sorties libres (art. L.323-6 du Code de la sécurité sociale),
- 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 (art. L.315-2 du Code de la sécurité sociale),
- de vous abstenir de toute activité non autorisée (art. L.323-6 du Code de la sécurité sociale).

**Le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières.**

**Votre médecin est tenu de préciser les éléments médicaux justifiant votre arrêt de travail conformément à l'article L.162-4-1, 1<sup>er</sup> alinéa du Code de la sécurité sociale.**

N'ouvre pas droit à indemnisation, la prolongation d'un arrêt de travail prescrite par un médecin autre que le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant, **sauf dans les cas** où elle est prescrite à l'occasion d'une hospitalisation ou par le médecin remplaçant l'un de ces médecins ou par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant (art. L.162-4-4 et R.162-1-9-1 du Code de la sécurité sociale).

**En dehors de ces cas**, l'assuré(e) doit justifier, par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie, de l'impossibilité du médecin prescripteur de l'arrêt initial ou du médecin traitant de prescrire la prolongation.

**Dans tous les cas**, l'assuré(e) ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré(e) indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel la prolongation n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

**Pour tous renseignements complémentaires, consultez votre organisme d'assurance maladie.**

**à destination du praticien**

Pour préserver le secret médical, vous remettez l'avis d'arrêt de travail à votre patient, après l'avoir complété, avec une enveloppe "M. le Médecin Conseil" qui lui permettra d'adresser les volets destinés à son organisme d'assurance maladie ou à son employeur. Les enveloppes permettant cet envoi vous seront remises avec les avis d'arrêt de travail.

**③ Dispositions relatives aux affections de longue durée :**

Afin de permettre l'indemnisation des arrêts de travail conformément à la réglementation **et dans le souci d'un meilleur service rendu à l'assuré(e)**, il vous est demandé de bien vouloir **indiquer si l'arrêt de travail est en rapport avec une affection visée à l'article L.324-1 du Code de la sécurité sociale**, à savoir :

- affection nécessitant une interruption de travail ou des soins continus supérieurs à 6 mois non exonérante,
- affection de longue durée exonérante reconnue sur liste (ALD 30) ou hors liste.

**④ Dispositions relatives à l'assurance maternité :**

Un état pathologique résultant de la grossesse permet l'indemnisation d'une période supplémentaire au titre de l'assurance maternité.

⑤ Vous devez préciser si l'état du malade autorise des sorties. Dans ce cas, l'assuré(e) doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'exams médicaux.

**⑤<sup>bis</sup> Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire :**

Si pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "oui". Dans ce cas, l'assuré(e) n'a pas à respecter les heures de présence à domicile.

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "non".

⑥ L'indemnisation pour perte d'activité dans le cadre d'une reprise à temps partiel n'est pas prévue pour une profession indépendante.

**⑦ Eléments d'ordre médical :**

L'article L.162-4-1, 1<sup>er</sup> alinéa du Code de la sécurité sociale prévoit la mention sur le volet 1 de ce formulaire des éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail, en précisant, si besoin, les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire.

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.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

## l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))

prénom

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° de 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  profession indépendante   
 sans emploi  date de cessation d'activité  précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2) oui  date  non

l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermale oui  non

l'arrêt prescrit est 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 :

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

adresse

n° téléphone :

e.mail :

## les renseignements médicaux

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) :  inclus

sans rapport\*  en rapport\*  avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice 3)

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

\* 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. Voir notice 5)

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

non  oui  à partir du  (voir notice 5bis)

reprise à temps partiel pour raison médicale  à partir du  (voir notice 6)

(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)

éléments d'ordre médical (voir notice 7) :

date

signature du praticien

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

# avis d'arrêt de travail

initial  de prolongation (\*)

**volet 2, à adresser au service médical**  
(qui le remettra aux services administratifs)

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.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

## l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))

prénom

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° de 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  profession indépendante   
sans emploi  date de cessation d'activité \_\_\_\_\_ précisez votre situation (voir notice 1) \_\_\_\_\_

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2) oui  date \_\_\_\_\_ non

l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermique oui  non

l'arrêt prescrit est 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 :

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

adresse

n° téléphone :

e.mail :

## les renseignements médicaux

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : inclus

sans rapport\*  en rapport\*  avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice 3)

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

\* 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. Voir notice 5)

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

non  oui  à partir du \_\_\_\_\_ (voir notice 5bis)

reprise à temps partiel pour raison médicale  à partir du \_\_\_\_\_ (voir notice 6)

(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)

date \_\_\_\_\_

signature du praticien

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

## **l'assuré(e)**

numéro d'immatriculation

nom *(suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))*

prénom

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° de 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  profession indépendante

sans emploi  date de cessation d'activité  précisez votre situation *(voir notice 1)*

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers *(voir notice 2)* oui  date  non

## **l'employeur**

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse

n° téléphone :   
e.mail :

### **les renseignements médicaux**

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au *(en toutes lettres)* :  inclus

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse *(voir notice 4)*

\* 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. Voir notice 5)*

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

non  oui  à partir du  *(voir notice 5bis)*

reprise à temps partiel pour raison médicale  à partir du  *(voir notice 6)*

*(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)*

### **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).**

date <input type="text"/>	identification du praticien <i>(nom, prénom et n° ADELI et/ou n° RPPS)</i>
signature du praticien	

correspondance éventuelle destinée à l'employeur