

à destination du patient

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

1 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.

2 Si vous êtes sans emploi ②

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.

3 Si vous exercez une profession indépendante ③

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre Caisse Maladie Régionale et conservez le volet 3.

4 Si vous êtes fonctionnaire ④

Adressez le volet 3 à votre employeur et conservez les volets 1 et 2 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 24.07.03 - 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).

5 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 trois heures de sortie consécutives autorisées (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^{er} 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

L'article L.162-4-1, 1^{er} 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**.

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 1 et 2 au **service médical** de son organisme d'assurance maladie. Les enveloppes permettant cet envoi vous seront remises avec les avis d'arrêt de travail.

6 Rappel des dispositions de l'article L.324-1 du Code de la sécurité sociale :

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 **distinguer les prescriptions en rapport avec le traitement d'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,
- affection de longue durée reconnue sur liste,
- affection grave caractérisée hors liste,
- affections caractérisées avec état pathologique invalidant.

7 Il s'agit de la période supplémentaire indemnisée par l'assurance maternité :

- pour les salariées : deux semaines (art. R.331-6 du Code de la sécurité sociale),
- pour les professions indépendantes : trente jours consécutifs (art. D.615-4-3 du Code de la sécurité sociale).

8 La plage de sortie autorisée de 3 heures consécutives peut être exceptionnellement fractionnée ou allongée sur justification médicale circonstanciée du prescripteur indiquée sur le volet 1 de l'avis d'arrêt de travail destiné au médecin conseil.

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

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, 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 (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.615-69 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 de heures à heures à partir du
(3 heures consécutives par jour - voir notice 5)

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 justifiant l'arrêt de travail et, le cas échéant, la modification des heures de sortie autorisées et la reprise à temps partiel :

date

signature du praticien

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

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, 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 (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 médecin spécialiste consulté à l'occasion d'une hospitalisation
ou le médecin prescripteur initial à la demande du médecin traitant

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.615-69 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 de heures à heures à partir du
(3 heures consécutives par jour - voir notice 5)

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

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))</i>	
prénom	
code de l'organisme de rattachement <i>(voir votre attestation papier vitale)</i>	
adresse où le malade peut être visité (1)	
code postal	ville
n° de téléphone :	
bâtiment :	escalier :
étage :	appartement :
code d'accès de la résidence :	
<i>(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence</i>	
activité salariée <input type="checkbox"/>	profession indépendante <input type="checkbox"/>
sans emploi <input type="checkbox"/>	date de cessation d'activité
précisez votre situation <i>(voir notice 1)</i>	
l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers <i>(voir notice 2)</i> oui <input type="checkbox"/>	
date	
non <input type="checkbox"/>	

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 <i>(en toutes lettres)</i> :	
inclus	

sans rapport* <input type="checkbox"/>	en rapport* <input type="checkbox"/>	avec un état pathologique résultant de la grossesse <i>(voir notice 4)</i>
* une des deux cases doit être obligatoirement cochée		

sorties autorisées <input type="checkbox"/>	de	heures à	heures à partir du	
<i>(3 heures consécutives par jour - voir notice 5)</i>				
reprise à temps partiel pour raison médicale <input type="checkbox"/>	à partir du			<i>(voir notice 6)</i>
<i>(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)</i>				

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR :

**A 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	
signature du praticien	

correspondance éventuelle destinée à l'employeur