

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-ter 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

nom et prénom SNOUSSI Wadii
(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)* : 06 RUE TAINE

code postal 7 5 0 1 2 ville Paris 12 n° téléphone 0619581618

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) MdA/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 n° téléphone
e.mail :

adresse

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____
(à compléter obligatoirement)
- en toutes lettres : NEUF NOVEMBRE 2024
et
- en chiffres 0 9 1 1 2 0 2 4 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 0 5 1 1 2 0 2 4 *(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)
BOUKADOUM Mohamed Said

identifiant 10100738813
date 0 5 1 1 2 0 2 4

signature du praticien

Signé via Doctolib le 05/11/2024
Mohamed-Saïd BOUKADOUM