

avis d'arrêt de travail
Notice
à destination du patient

n° 50069007

cerfa
n° 10170*07
PRN-BIS



Avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volet 1, à adresser au service médical

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 **292022808535013**

nom et prénom **ZEMMOURI Imane**
(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) : **9 rue Flora Tristan**

code postal **28300** ville **LÈVES** n° 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

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

l'arrêt prescrit est-il 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 (voir notice 3) :

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 **High Skill** n° téléphone _____
 e.mail : **rh@highskill.fr**

adresse **66 avenue des champs Elysées 75008 Paris**

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____
(à compléter obligatoirement) **quinze juillet deux mille vingt-cinq**
 et **15 07 2025** inclus
- en toutes lettres
- en chiffres

sans rapport* en rapport* avec une affection de longue durée (voir notice 1)
 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 : _____
 sans rapport* en rapport* avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge (voir notice 3) Date du décès : _____

* 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 **15 07 2025** (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 une affection de longue durée (voir notice 1)
 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

éléments d'ordre médical (voir notice 9)

Codification du motif médical _____ OU éléments en toutes lettres : **Est le DS ectopique**

identification du praticien
 (nom et prénom) **Docteur Philippe MIDA**
18 STOMATOLOGIE CONVENTIONNE HONO. LIBRES
15 bis, rue Rémilly
78000 VERSAILLES Tel. 01 39 50 52 34
78 1 10009 4

identification de la structure
 (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

DR MIDA PHILIPPE
 18 STOMATOLOGIE
 CONVENTIONNE SECTEUR 2

RPPS

78000 VERSAILLES

date **15 07 2025** signature du praticien

=> **78 1 10009 4 00 3 31 0 18 n°AM**

PRN-BIS S 3116i

002396 - 272852 - 283508