cerfa

n° 50069#07

avis d'arrêt de travail

Notice

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. ou Mme 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 sont remises avec les avis d'arrêt de travail.

EXCEPTION : En cas d'arrêt lié à un accident de travail ou une maladie professionnelle, il vous revient d'adresser directement l'avis au médecin conseil de la caisse dont relève votre patient.

❶ **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.

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

Un état pathologique résultant de la grossesse permet l'indemnisation d'une période supplémentaire de 14 jours au titre de l'assurance maternité.

❸ **Dispositions relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles :**

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 un accident de travail ou une maladie professionnelle reconnue ou non ainsi que la date présumée de l'accident ou de la maladie.

Pour rappel, lorsque l'arrêt est en lien avec un accident de travail ou une maladie professionnelle, vous adressez directement l'avis d'arrêt de travail au service médical de la caisse d'affiliation de votre patient.

❹ 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'examens médicaux.

❺ 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. Vous devez justifier cette dispense exceptionnelle à la rubrique "éléments d'ordre médical".

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

❻ Activité(s) autorisée(s)

Vous devez indiquer explicitement la nature de l'activité autorisée et préciser la date à compter de laquelle elle est autorisée.

❼ En application des articles L.323-3 et L.433-1 du Code de la sécurité sociale, si vous estimez que la reprise d'une activité est de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de votre patient ou est de nature à lui permettre de recouvrer un emploi compatible avec son état de santé, vous pouvez prescrire une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique ou un travail aménagé.

Vous devez indiquer la date de début et la date de fin de l'arrêt à temps partiel ou du travail aménagé.

Pour les travailleur(euse)s indépendant(e)s, un arrêt de travail à temps complet indemnisé doit précéder immédiatement la reprise du travail à temps partiel.

En revanche, l'exigence d'un arrêt de travail à temps complet, précédant immédiatement la reprise à temps partiel, n'est pas opposable aux assuré(e)s travailleur(euse)s indépendant(e)s atteint(e)s d'une affection mentionnée à l'art. L.324-1 dès lors que l'impossibilité de poursuivre une activité à temps complet procède de cette affection et que l'(les) intéressé(es) ont déjà observé un arrêt à temps complet antérieurement indemnisé au titre de cette affection.

Nota bene : L'indemnisation pour perte d'activité dans le cadre d'un travail aménagé n'est pas prévue pour une profession indépendante.

❽ En application de l'article L.321-1-1 du code de la sécurité sociale, en cas de décès d'un enfant ou d'une personne à charge de l'assuré, avant l'âge de 25 ans, le premier arrêt de travail prescrit pour incapacité de continuer ou de reprendre le travail dans les 13 semaines qui suivent la date du décès est exonéré du délai de carence appliqué pour le paiement des indemnités journalières de l'assurance maladie.

Si l'arrêt de travail que vous prescrivez répond à ces conditions, vous devez cocher la case correspondante sur les volets 1 et 2 de l'imprimé.

❾ **Eléments d'ordre médical :**

L'article L.162-4-1, 1er alinéa du Code de la sécurité sociale impose la mention sur le volet 1 de ce formulaire des éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail, en précisant, en cas de dispense exceptionnelle, les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire. Pour préciser les éléments d'ordre médical, vous pouvez soit reporter la codification du motif médical en vous référant à la liste qui figure sur le site internet "www.ameli.fr" ou sur la fiche transmise par votre caisse, soit reporter en toutes lettres ces éléments.

SPECIMEN

cerfa

n° 50069#07

avis d'arrêt de travail

Notice

à destination du patient

Complétez les rubriques qui vous concernent ("l'assuré(e)" et "l'employeur"), puis selon votre situation :

- **Si vous êtes salarié(e) ou travailleur(euse) indépendant(e) ❶**
  Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. ou Mme le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail.**
  * si vous êtes salarié(e), adressez le volet 3 à votre employeur et faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur,
  * si vous êtes travailleur(euse) indépendant(e) , **conservez** le volet 3.

- **Si vous êtes fonctionnaire ❶**
  Adressez les volets 2 et 3 à votre employeur **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail** et conservez le volet 1 comportant les données médicales. Vous devrez présenter le volet 1 à toute requête du médecin agréé de votre administration.

- **Si vous êtes non salarié(e) agricole ❶**
  Adressez les volets 1 et 2 au service médical de la caisse de MSA dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" que vous a remise votre Médecin ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. ou Mme le Médecin-Conseil **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail. Conservez** le volet 3.

- **Si vous avez plusieurs activités ❶**
  Cochez les cases correspondantes.

- **Si vous êtes sans emploi ❶**
  Remplissez la case "précisez votre situation" (ex : chômage, licenciement, démission...). Des indemnités journalières peuvent éventuellement vous être attribuées.
  Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. ou Mme le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail** . Adressez le volet 3 au pôle emploi.

En cas d'envoi tardif, y compris dans le cadre d'une **prolongation**, vous vous exposez à une réduction du montant de votre indemnisation.

Accident causé par un tiers ❷

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. Dans ce cas, cochez la case prévue à cet effet.

Prolongation d'un arrêt de travail au risque maladie ❸

La prolongation d'un arrêt de travail au risque maladie doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant **sauf dans les cas** où elle est prescrite par le médecin remplaçant l'un de ces médecins ou par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou à l'occasion d'une hospitalisation.

A défaut, un délai de carence vous sera appliqué, le cas échéant.

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.

Par ailleurs, votre médecin est tenu de préciser les éléments d'ordre médical justifiant votre arrêt de travail.

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

- de respecter les heures de présence à domicile (de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures), sauf en cas de sorties autorisées sans restriction d'horaire ou à l'occasion d'un temps partiel pour raison médicale,
- 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,
- de vous abstenir de toute activité non autorisée.

Cas particulier en cas d'arrêt suite au décès d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 25 ans :

- dans les 13 semaines suivant le décès, aucun délai de carence ne sera appliqué pour le premier arrêt de travail.

En effet, le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières.

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

SPECIMEN

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.162-4-1-1er 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

nom et prénom

(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) :*

code postal ville 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 ❷)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? *(voir notice ❷)* : 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 ❸)* :

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

n° téléphone

e.mail :

adresse

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- *en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)*
- *en chiffres* inclus

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec une affection de longue durée *(voir notice ❶)*

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

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès : *(voir notice ❽)*

** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée*

sorties autorisées : oui ☐ à partir du ☐ non ☐ *(voir notice ❹)*

sorties sans restriction : ☐ oui ☐ à partir du *(Voir notice ❺)*

activité(s) autorisée(s) : ..... oui ☐ à partir du ☐ non ☐ *(Voir notice ❻)*

• et prescrit un arrêt de travail/travail aménagé pour raison médicale du au *(voir notice ❼)*

sans rapport** ☐ en rapport** ☐ avec une affection de longue durée *(voir notice ❶)*

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 ❾)*

Codification du motif médical **OU éléments en toutes lettres :**

identification du praticien
(nom et prénom)

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

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date signature du praticien

SPECIMEN

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).

cerfa
n° 10170*07
PRN-BIS

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. 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

nom et prénom
(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) :*

code postal ville 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 ❷)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? *(voir notice ❷)* : 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 denon l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin trai le médec qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante *(voir notice ❸)* :
médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial ☐ médecin spécialiste con à la demande du médec ☐ à l'occasion d'une hospitalisation ☐
autre cas ☐ précisez et indiquez le motif :

l'emplo

nom, prénom ou dénomination sociale n téléphone
e.mail :

adresse

les renseignements m icaux *(voir la notice à destination du praticien)*

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
- *en t es lettres :*
(à co ter obligatoirement)
- *en c*

inclus

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ ave une affect longue durée *(voir notice ❶)*
sans rapport* ☐ en rapport* ☐ ec u état pathologique résultant de la grossesse *(voir notice ❷)*
sans rapport* ☐ en rapport* ☐ un cide de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :
sans rapport* ☐ en rapport* ☐ av décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès :
(voir notice ❽)

** sur chaque ligne, une des deu it être oirement cochée*

sorties autorisées : ui ☐ à pa ir du non ☐ *(voir notice ❹)*
sorties sans restriction : ☐ oui ☐ à partir du *(Voir notice ❺)*
activité(s) aut isée(s) : ..... oui ☐ à partir du non ☐ *(Voir notice ❻)*

• et prescrit t /travail aménagé pour raison médicale du au
(voir notice ❼)

sans rapport** ☐ en rappo ** ☐ avec une affection de longue durée *(voir notice ❶)*
sans rapport** ☐ en pport** ☐ 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)

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

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date signature du praticien

SPECIMEN

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).

cerfa
n° 10170*07
PRN-BIS

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

nom et prénom

(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) :*

code postal ville 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 ❶)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? *(voir notice ❷)* : 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) : .....

- et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
  - *en toutes lettres :* *(à compléter obligatoirement)*
  - *en chiffres :* inclus

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

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ 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 ❹)*

sorties sans restriction : oui ☐ à partir du *(Voir notice ❺)*

activité(s) autorisée(s) : ..... oui ☐ à partir du non ☐ *(Voir notice ❻)*

- et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au *(voir notice ❼)*

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)

identifiant

date signature du praticien

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).

SPECIMEN