

# ANNEXE 4

**cerfa**  
n°10170\*03

## 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. 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 tél. \_\_\_\_\_

bâtiment : \_\_\_\_\_ escalier : \_\_\_\_\_ étage : \_\_\_\_\_ appartement : \_\_\_\_\_ code d'arr. \_\_\_\_\_ la commune : \_\_\_\_\_

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de \_\_\_\_\_

activité salariée  profession indépendante

sans emploi  date de cessation d'activité \_\_\_\_\_ situation \_\_\_\_\_

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

(\*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante :

médecin remplaçant le médecin traitant  à l'occasion d'une hospitalisation

ou le médecin prescripteur initial

autre cas  précisez et indiquez le motif : \_\_\_\_\_

nom, prénom ou dénomination sociale \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ téléphone : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ mail : \_\_\_\_\_

**le médecin prescripteur**

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

et prescrit un arrêt de travail \_\_\_\_\_ 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 pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

\* une des deux options ci-dessus doit être choisie

sorties autorisées  heures à partir du \_\_\_\_\_

(3 heures consécutives par jour - voir notice 5) \_\_\_\_\_

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

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

**DOCTEUR** \_\_\_\_\_

**01 MEDECINE GENERALE**

Conventionné

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CAB CONV ZID IK SPEC **S 3116e**

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.  
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.114-13 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)

HERMIEU Imp. & Services • Email hermieu@wanadoo.fr