

cerfu
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 2650546127129153
nom et prénom SILLAC Pierre He
(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) : Rue Halbec
code postal 46340 ville SALVIA n° téléphone
bâtiment : escalier : étage : appartement : 1 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) : SILLAC Pierre He
• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
- en toutes lettres : pendant deux mille vingt cinq
(à compléter obligatoirement)
et 30 03 2025 inclus
- en chiffres

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 26 03 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
(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)

ASSIE Benoît

identifiant

10003982316

date

26/03/2025

signature du praticien

Dr ASSIE Benoît
Médecine Générale

Le Bourg

46310 SAINT GERMAIN DU BEL AIR

461000945

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
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
Le responsable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des