

Avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil (at.L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1, L.323-6, L.376-1, L.433-1, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, 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 2 92 12 99 333 069 21

nom et prénom MAHAUORY Carima

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal 95310 ville SAINT-OUEN-L'AUMONE n° téléphone 06 10 73 03 50

bâtiment : 6 escalier : 1 étage : 1 appartement : 6 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) SSAA sans emploi date de cessation d'activité : 09 10 20 25

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui date :

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

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui

(*) 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 correspondant 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 COLLEGE MOULIN A VENT adresse 24 AVENUE DU TERROIR 95800 Cergy

n° téléphone 01 34 32 21 24 e.mail : 09 51 69 70 00 ac-versailles.fr

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

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

en téléconsultation

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au Dix Octobre Deux Mille Vingt Cinq et 10 10 20 25 inclus

en rapport avec une affection de longue durée (voir notice 1) en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2) en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : en rapport avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge (voir notice 3) Date du décès :

sorties autorisées : oui à partir du 09 10 20 25 (voir notice 4)

sorties sans restriction : oui à partir du (voir notice 5)

activité(s) autorisée(s) : oui à partir du (voir notice 6)

et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au (voir notice 7)

en rapport avec une affection de longue durée (voir notice 1) en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :

éléments d'ordre médical (voir notice 9)

Suspicion de Covid-19 à l'origine

Codification du motif médical OU éléments en toutes lettres :

identification du praticien (nom et prénom)

DOCTEUR VIEIRA PATRICIA 01 MEDECINE GENERALE SECTEUR 1 CONVENTIONNE

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

5 BR DE L'ARRIVEE 95800 ENCHIGNY LES BAINS

date 09 10 20 25 RPPS

signature du praticien remplaçant Nicolas Dessemme RPPS: 10107121187

=> 95 1 00764 0 00 1 11 1 01 n°AM

