

Avis d'arrêt de travail sans carence

Notice à destination du praticien

Ce formulaire vous permet de prescrire un arrêt de travail initial pour maladie exonéré du délai de carence appliqué pour le paiement des indemnités journalières de l'assurance maladie dans les situations médicales suivantes :

- **Constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant lieu avant la vingt-deuxième semaines d'aménorrhée.**
- **Constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L.2213-1 à L.2213-5 du code de la santé publique.**

La prolongation d'un tel arrêt pourra être prescrite par le formulaire d'avis d'arrêt de travail classique.

Le volet 3 destiné à l'employeur est resté identique au volet 3 du formulaire classique (les praticiens qui envoient vers la notice ont ainsi des numéros différents). Vous remettrez l'avis d'arrêt de travail à votre patient après l'avoir complété avec l'enveloppe, "M. ou Mme le Médecin-Conseil" qui lui permettra d'adresser les volets destinés à son employeur. Les enveloppes permettant cet envoi vous sont remises avec les avis d'arrêt de travail.

Rappel : L'envoi du volet médical par l'assuré fonctionnaire à son employeur, n'engage pas votre responsabilité au regard des obligations relatives au secret médical.

En cas de téléconsultation, cochez la case correspondante.

1 (puce 4 sur le volet 3)

Vous devez préciser si l'état du malade autorise des sorties. Dans ce cas, l'assuré doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 18 heures, sauf en cas de soins ou d'examen médicaux.

2 (puce 5 sur le volet 3)

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 son domicile. Vous pouvez justifier cette dispense exceptionnelle.

3 (puce 6 sur le volet 3)

Activité(s) autorisée(s) : Vous devez indiquer succinctement la nature de l'activité autorisée et préciser la date à compter de laquelle elle est autorisée.

A noter qu'un(e) élu(e) local(e), exerçant par ailleurs une autre activité professionnelle, placé(e) en congé de maladie peut régulièrement exercer son mandat électif et percevoir ses indemnités de fonction au titre de son mandat d'élu(e) si et, seulement si cet exercice a été préalablement autorisé par le médecin sur l'arrêt de travail.

4 (puce 7 sur le volet 3)

En application des articles L.323-3 et L.323-4 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 du travail aménagé.

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

Pour les travailleurs indépendants, un arrêt de travail à temps complet indemnisé doit précéder immédiatement la reprise du travail à temps partiel.

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

5 Élément médical :

L'article L.162-4-1, 1^{er} 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.

Avis d'arrêt de travail sans carence

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) ① :**

- Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" remise par votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de "M. ou Mme le Médecin-Conseil", dans les deux jours suivants la date d'interruption de 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 ① :**

- 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 de votre administration.

• **Si vous êtes non salarié(e) agricole ① :**

- Adressez les volets 1 et 2 au service médical de la caisse de MSA dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" remise par 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 ①**

- Cochez les cases correspondantes

• **Si vous êtes sans emploi ① :**

- Remplissez la case "précisez votre situation" (ex: 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" remis par votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de "M. ou Mme le Médecin-Conseil", **dans les deux jours suivants la date d'interruption du travail**.

- Adressez le volet 3 à pôle emploi.

En cas d'envoi tardif, vous serez exposé à une réduction du montant de votre indemnisation.

Accident causé par un tiers : ②

Si votre arrêt de travail est consécutif à un accident causé par un tiers, vous êtes tenu(e) d'en informer votre organisme d'assurance maladie. Dans ce cas cochez la case prévue à cet effet.

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

- de respecter les horaires de présence à domicile (de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures), sauf en cas de sorties autorisées sans restriction d'horaire ou à l'occasion d'un temps partiel pour raison médicale,
- d'indiquer à son employeur les horaires auxquels vous pouvez être visité à votre domicile ou votre lieu de repos si vous disposez d'un avis d'arrêt de travail avec la mention "sortie sans restriction",
- de demander un avis 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.

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.

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 L162-4-1-1er al., L162-4-4, L315-2, L321-1, L323-1-2, L323-6, L376-1, L433-1, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R.441-10, L433-1, 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

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 ☐du(e) local(e) ☐artiste-auteur(e) affilié(e) SSAA ☐sans emploi ☐date de cessation d'activité :
précisez votre date de fin de travail

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

oui ☐

date

non ☐

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) :

en téléconsultation ☐

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :

(à compléter obligatoirement)

- en chiffres : inclus

- en rapport avec une situation médicale justifiant l'arrêt de travail ou la compression du délai de carence ☐sorties autorisées : oui ☐ non ☐

à partir du

(voir notice ①)

sorties sans restriction : oui ☐ non ☐

à partir du

(voir notice ②)

activité(s) autorisée(s) : oui ☐ à partir du (voir notice ③)

• et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au

en rapport avec un accident de travail ou une maladie professionnelle ☐

Date AT/MP :

éléments d'ordre médical (voir notice ⑤)

Codification médicale

OU éléments en toutes lettres :

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

Avis d'arrêt de travail initial sans carence

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, L.323-1-2, 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

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 ☐du(e) local(e) ☐artiste-auteur(e) affilié(e) SSAA ☐sans emploi ☐date de cessation d'activité :
précisez votre date de fin de travaill'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) oui ☐

date :

non ☐

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) :

en téléconsultation ☐

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- toutes lettres :

(à compléter obligatoirement)

- en jours : inclus

- en rapport avec une situation médicale justifiant l'arrêt de travail ou la suppression du délai de carence ☐sorties autorisées : oui ☐ non ☐

à partir du

(voir notice 1)

sorties sans restriction : oui ☐ non ☐

à partir du

(voir notice 2)

activité(s) autorisée(s) :

oui ☐

à partir du

(voir notice 3)

• et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du

au

en rapport avec un accident

maladie professionnelle ☐

Date AT/MP :

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

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 ☐
artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA ☐		sans emploi ☐	date de cessation d'activité : (précisez votre date de naissance (2))
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 cotisations journalières de votre salarié(e).

l'employeur

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

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

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :	
• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au : toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et chiffres inclus	
sans rapport* ☐	en rapport* ☐
sans rapport* ☐	en rapport* ☐
* 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 ☐ à partir du (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** ☐
** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée	

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

date

signature du praticien