

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 la situation médicale suivante :

- **Constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant lieu avant la vingt-deuxième semaines d'aménorrhée.**

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

Pour préserver le secret médical, le volet 3 destiné à l'employeur est resté identique au volet 3 du formulaire classique (les puces renvoie vers la notice ont ainsi des numéros différents). Vous remettrez l'avis d'arrêt de travail à votre patient après avoir complété, avec une 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.

L'interruption spontanée de grossesse avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée est le seul motif médical ciblé par la législation comme justifiant l'indemnisation de la totalité des jours d'arrêts prescrits sans délai de carence. En conséquence, les employeurs subrogés dans les droits de leurs salariés pour le paiement des indemnités journalières, sont susceptibles de présumer du motif médical justifiant l'arrêt de travail de la salariée concernée. Votre patiente conserve le choix de se voir prescrire un arrêt de travail pour maladie indemnisé avec application du délai de carence, dans les conditions de droit commun qui garantissent le respect du secret médical.

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.

- ❶ (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 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examen médicaux.

- ❷ (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.

- ❸ (puce 6 sur le volet 3)

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.

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.

- ❹ (puce 7 sur le volet 3)

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 du 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.

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

- ❺ Eléments d'ordre 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

En utilisant ce formulaire spécifique votre médecin vous permet de bénéficier de l'indemnisation de votre arrêt de travail pour maladie sans application du délai de carence (les 3 premiers jours de votre arrêt de travail, pendant lesquels aucune indemnité journalière ne vous est habituellement versée). En effet, l'interruption spontanée de grossesse avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée est le seul motif médical ciblé par la législation comme justifiant l'indemnisation de la totalité des jours d'arrêt prescrits. Vous devez toutefois savoir que si votre employeur maintient votre salaire pendant votre arrêt de travail, il sera indemnisé à votre place pour la totalité des jours d'arrêt de travail qui vous sont prescrits. Il pourra alors en déduire que votre arrêt est lié à une interruption spontanée de grossesse. Si vous souhaitez éviter que votre employeur puisse avoir indirectement connaissance du motif médical de votre arrêt, vous pouvez demander à votre praticien de vous prescrire un arrêt de travail pour maladie dans les conditions de droits commun, qui sera alors indemnisé avec application du délai de carence.

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 agréé 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: 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" 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 vous exposez 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 heures 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,
- 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.

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 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 élu(e) local(e)

artiste-auteur(e) affilié(e) SSAA 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

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

- en rapport avec une situation médicale justifiant 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 prescrits un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au

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

éléments d'ordre médical (voir notice 5)

Codification du motif médical OU éléments en toutes lettres :

identification du praticien (nom et prénom)

identifiant

date signature du praticien

identification de la structure

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

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

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 élu(e) local(e)

artiste-auteur(e) affilié(e) SSAA 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

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

- en rapport avec une situation médicale justifiant 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 prescrits un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au

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

éléments d'ordre médical (voir notice 5)

Codification du motif médical OU éléments en toutes lettres :

identification du praticien (nom et prénom)

identifiant

date signature du praticien

identification de la structure

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

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



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.162-44, 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 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) :

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

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 *(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** 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).