

Données télétransmises de l'avis d'arrêt de travail à l'Assurance Maladie

initial de prolongation

*Exemplaire à adresser
à votre EMPLOYEUR ou
au POLE EMPLOI*

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-Sème 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)

numéro d'immatriculation : 1 7 1 0 4 1 6 1 0 2 0 1 6 1 1

nom et prénom : DELPY PATRICE

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

code postal : 81120 ville : Réalmont n° téléphone : 05 63 45 51 32
bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès à la résidence :

(1) L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence.

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui date : non

situation professionnelle : salarié(e)

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 : ON Semiconductors France SAS
adresse : 132 Chemin de Bens Cambou 31100 Toulouse.
n° téléphone : e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : DELPY PATRICE

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - vendredi 14 avril 2023
- 14/04/2023) inclus

sans rapport en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse
sans rapport en rapport avec un accident du travail, maladie professionnelle date AT/MP :

sorties autorisées : oui à partir du : 07/04/2023 non
sorties sans restriction : non oui à partir du : 07/04/2023
activité(s) autorisée(s) : oui à partir du : non

• et prescrit un temps partiel / travail aménagé pour raison médicale du : au :
sans rapport en rapport avec un accident du travail, maladie professionnelle date AT/MP :

Identification du praticien (nom et prénom)
MARFAING NICOLAS

Date : 07/04/2023

Identifiant :

Signature : 

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).

A conserver par l'assuré(e)