



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

TRANSMETTRE UN ARRÊT DE TRAVAIL
À L'ASSURANCE MALADIE



**L'ASSURANCE MALADIE
VOUS ACCOMPAGNE AU QUOTIDIEN.**



Pour vous soigner, le médecin ou la sage-femme vous a prescrit un arrêt de travail. Vous avez **48 h** pour transmettre l'avis d'arrêt maladie à votre caisse primaire d'assurance maladie et à votre employeur. Votre présence à votre domicile peut être contrôlée pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

Votre avis d'arrêt de travail se compose de 3 volets :

VOLET 1



destiné
au **service médical** de
votre caisse primaire
d'assurance maladie

VOLET 2



destiné
aux **services**
administratifs de
votre caisse primaire
d'assurance maladie

VOLET 3



destiné
à votre **employeur**

Avec(subrogation¹) **ou sans maintien de salaire, quelle que soit la durée de l'arrêt** (même pour un arrêt inférieur à 3 jours), **vous devez effectuer les démarches suivantes :**



En cas d'hospitalisation, adressez le bulletin d'hospitalisation (avec la date d'entrée et date de sortie) à votre caisse. L'établissement hospitalier ne peut télétransmettre ce type de bulletin à la CPAM.

Une fois l'arrêt de travail reçu et enregistré par la caisse primaire d'assurance maladie, les dates d'arrêt sont consultables sur l'espace personnel **ameli.fr**.

(1) En cas de subrogation de votre employeur, il continue de vous verser votre salaire, partiellement ou en totalité, sans que vous ayez aucune démarche à effectuer. Dans ce cas, l'Assurance Maladie lui versera directement les indemnités journalières. Renseignez-vous auprès de votre entreprise.

CAS 1 (le plus fréquent) : le médecin vous a remis le VOLET 3



Votre médecin télétransmet



Les **VOLET 1** et 2 au service médical de votre CPAM



qui transmet le **VOLET 2** (ne comportant pas de mentions médicales) aux services administratifs de votre CPAM.



Votre médecin vous remet le **VOLET 3** (sans données médicales) que vous devez envoyer à votre employeur.

CAS 2 : le médecin vous a remis les 3 VOLETS de l'imprimé

Vous envoyez dans les 48 heures



Les **VOLET 1** et 2 au service médical de votre CPAM



qui transmet le **VOLET 2** (ne comportant pas de mentions médicales) aux services administratifs de votre CPAM.



Le **VOLET 3** (sans données médicales) à votre employeur

En cas d'arrêt de travail pour ACCIDENT DE TRAVAIL, il faut fournir 2 documents à l'assurance maladie

Le certificat médical initial

cerifa
n° 1138796
CNM-BIS

certificat médical
accident de travail
maladie professionnelle

(ou cocher sa 'vraie cause')
 initial nouvelle(l)s lésion(s) final récite

Votre LA informe
pour le service
région de la
Charente

articles L.411-6, L.461-5, R.441-7, R.441-10, R.441-16 et R.441-9 du code de la sécurité sociale

le praticien

régime : général agricole autre laquet ?

numéro d'administration : _____

nom de famille (de préférence celui à son adresse, de son épouse) : _____

adresse ou la victime pour être visité (à différents de son adresse habituelle) : _____

code postal : _____ ville : _____ n° téléphone : _____

bâtiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____

s'agit-il
d'un accident de travail ? date : _____ lieu : _____ non oui
d'une maladie professionnelle ? date de la première constatation médicale : _____ non oui

Éléments justifiant le choix de la date de première constatation médicale (à remplir uniquement en cas de certificat médical initial) : non

Employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : _____ n° téléphone : _____
adresse : _____ e-mail : _____
n° téléphone : _____ correspondant : _____

les renseignements médicaux

historique détaillé (d'après les renseignements fournis par le médecin professionnel, éventuellement à titre indicatif, rétrospectif, évènementiel) : _____

conséquences prévisibles : non oui
soins prévisibles : _____ date : _____

conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) : non
guérison : _____ date : _____
consolidation avec séquelles : _____ date : _____

Identification du praticien
(nom et prénom) : _____ Identification de la structure
(adresse sociale et adresse de soins, ou l'établissement) : _____

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

date : _____ signature du praticien : _____

Confidentialité et Régime des données n° 20180708 du 27 avril 2018 et la loi relative aux libertés et aux responsabilités en matière médicale, vous disposez d'un droit d'accès et de modification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son délégué à la Direction des Données. En cas de diffusion dans l'expression de vos soins, nous pouvons intervenir sur réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

CN-M-BIS 5699F

Il décrit les lésions nées du sinistre professionnel et permet la création du dossier Accident de travail.

L'avis d'arrêt de travail, coché en rapport avec l'accident

cerifa
n° 1017097
PRM-BIS

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volez 1, à adresser au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'abri de l'ennemi ou, au titre de la Médico-Consult, à l'adresse : 2, rue de la République - 79000 Niort - France - Téléphone : 05 49 24 13 44 - Fax : 05 49 24 13 43 - Email : niort@cpam.fr

à adresser à l'assureur (pour les assurés à l'assurance pour partie)

numéro d'identification
nom et prénom : _____
n° de famille (de préférence celui à son adresse, de son épouse) : _____

adresse où la maladie peut être visitée (à différents de son adresse habituelle) (*) : _____

code postal : _____ ville : _____ n° téléphone : _____

logement : escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____

(*) Pas d'obligation de venir au cabinet de l'assurance en cas d'arrêt de travail de plus de 15 jours consécutifs

sauf si la prolongation de l'arrêt est motivée par un médecin au cours duquel la maladie habituelle ou la médecine qui a prescrit l'arrêt initial, cocher la cause correspondante (au cas échéant) : non maladie habituelle rééducation autres soins médicaux à l'exception des soins médicaux à la demande du médecin traitant à l'exception des soins médicaux

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? non oui date : _____ lieu : _____ non oui
l'arrêt prescrit fait-il suite à une cause traumatique ? non oui

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

(*) Si la prolongation de l'arrêt est motivée par un médecin au cours duquel la maladie habituelle ou la médecine qui a prescrit l'arrêt initial, cocher la cause correspondante (au cas échéant) : non maladie habituelle rééducation autres soins médicaux à l'exception des soins médicaux

Employeur

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

les renseignements médicaux

(à compléter ou à préciser sur un autre document de production)
la soussigné(e), certifié avoir examiné (nom et prénom) : _____
 et prescrit un arrêt de travail (au titre de la médecine du travail) : non oui
sans rapport en rapport avec une affection de longue durée (voir article R.441-5) : _____
sans rapport en rapport avec un état pathologique sévère de la grossesse (voir article R.441-5) : _____
sans rapport en rapport avec un état pathologique sévère de l'accouchement (voir article R.441-5) : _____
sans rapport en rapport avec l'absence d'un enfant, ou d'une personne à charge : Date du décès : _____
en rapport en rapport avec un état pathologique sévère (voir article R.441-5) : _____

sortes de soins prescrits : non oui à partir du : _____ non oui (voir article R.441-5)
soins sans restriction : non oui à partir du : _____ (voir article R.441-5)
soins avec restrictions : non oui à partir du : _____ non (voir article R.441-5)
et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale (voir article R.441-5) : _____

sans rapport en rapport avec une affection de longue durée (voir article R.441-5) : _____
 sans rapport en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle (voir article R.441-5) : _____ Date ATMP : _____
 ou avec un état pathologique sévère (voir article R.441-5) : _____

éléments d'ordre médical (voir article R.441-5) : _____

Coédition du motif médical : _____ ou éléments en toutes lettres : _____

Identification du praticien
(nom et prénom) : _____ Identification de la structure
(adresse sociale et adresse de soins ou de l'établissement) : _____

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

date : _____ signature du praticien : _____

Confidentialité et Régime des données n° 20180708 du 27 avril 2018 et la loi relative aux libertés et aux responsabilités en matière médicale, vous disposez d'un droit d'accès et de modification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son délégué à la Direction des Données. En cas de diffusion dans l'expression de vos soins, nous pouvons intervenir sur réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

CN-M-BIS 5699F

Il permet l'enregistrement d'une période d'arrêt de travail et le remboursement des indemnités journalières «accident de travail» en cas de reconnaissance.



Ces 2 documents peuvent être télétransmis par le professionnel de santé

