

# Formation des internes en médecine générale

## L'arrêt de travail en maladie

# L'indemnité journalière en maladie

Quand l'état de santé d'un assuré salarié est à l'origine d'une incapacité totale ou partielle de travail nécessitant des soins actifs il peut bénéficier pendant cette phase d'un revenu de substitution



Versement des indemnités journalières (IJ) par la  
CPAM

# Formalisation de l'arrêt de travail

## L'imprimé papier :

Les médecins sont tenus de mentionner sur les documents destinés au service du contrôle médical de la caisse les « éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail ».

Cet imprimé référencé [cerfa S3116g](#) est disponible sous AMELI. Il permet au prescripteur de formaliser l'arrêt de travail maladie.

## L'AAT :

La dématérialisation de l'arrêt de travail, initiée en 2009 se développe. A partir de son [« espace pro »](#) le médecin peut remplir en ligne un arrêt de travail.

C'est l'arrêt de travail en 5 clics.

# Obligations du prescripteur

Le médecin prescripteur doit mentionner obligatoirement sur l'avis d'arrêt de travail :

- les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail, sa durée (dates),
- son rapport ou non avec une affection de longue durée au titre de l'article L 324-1
- si les sorties sont autorisées ou non.

« sorties autorisées sans restriction d'horaires » peuvent être prescrites par le médecin à condition qu'il précise les éléments médicaux qui les justifient

# Obligations de l'assuré

- adresser dans les 48h qui suivent la date d'interruption de travail l'avis d'arrêt de travail au service du contrôle médical.
- respecter les heures de présence à domicile (9h-11h et 14h-16h) sauf en cas de soins ou d'examens médicaux
- se rendre aux convocations éventuellement adressées par le service du contrôle
- médical.
- s'abstenir de toute activité non autorisée
- ne quitter son département de résidence qu'avec l'accord préalable de sa caisse
- Le non-respect de ces obligations peut entraîner la restitution à la caisse des indemnités journalières versées.

# L'arrêt de travail en maladie

- Si arrêt prévisible > 6 mois, nécessité pour le SM d'ouvrir un article L 324.1
- Délai de carence de 3 jours
- 50% du salaire de base
- Évolution d'un arrêt de travail :
  - Reprise du travail avec ou non un poste aménagé
  - Licenciement suite à inaptitude au poste
  - Invalidité
  - Retraite par inaptitude

# La reprise de travail à temps partiel

- Le plus souvent à l'issue d'un arrêt à temps plein
- Le temps partiel a pour principe de favoriser :
  - l'amélioration de l'état de santé de l'assuré
  - la réinsertion professionnelle à temps complet
- Conditions réglementaires :
  - Prescription du médecin (imprimé arrêt de travail)
  - Accord de l'employeur et du Médecin du travail
  - Avis initial du médecin conseil et réévaluation au 3<sup>ème</sup> mois.

# Rôle du service médical

- Se prononce sur l'aptitude de l'assuré à UN travail et transmet son avis à la CPAM qui notifie.
- Assure la mise en œuvre et le suivi de l'article L 324-1 pour les soins et arrêt > 6 mois.
- Saisit le médecin du travail pour avis sur la capacité à reprendre son travail ou poste aménagé.
- Signale au service social pour prévenir la désinsertion professionnelle.
- Diligente éventuellement l'expertise en cas de contestation.



# Les contestations

Expertise L 141-1 du code de la sécurité sociale

- **L'assuré peut contester la notification de reprise du travail :**
  - L'assuré adresse sa demande d'expertise et désigne un médecin qui le représente
  - Le service médical instruit la demande : rédige un argumentaire et adresse le protocole au médecin désigné par l'assuré et lui propose un choix de 2 à 3 noms d'experts
  - En l'absence de réponse, après une relance à 15 jours, le médecin conseil désigne un des experts proposés
  - En cas de désaccord entre le MC et le praticien désigné par l'assuré : choix de l'expert par le directeur de l'ARS

# avis d'arrêt de travail

## notice à destination du praticien

Pour préserver le secret médical, vous remettez l'avis d'arrêt de travail à votre patient, après l'avoir complété, avec une enveloppe "M. le Médecin Conseil" qui lui permettra d'adresser les volets destinés à son organisme d'assurance maladie ou à son employeur. Les enveloppes permettant cet envoi vous sont remises avec les avis d'arrêt de travail.

### 1 Dispositions relatives aux affections de longue durée :

Afin de permettre l'indemnisation des arrêts de travail conformément à la réglementation et dans le souci d'un meilleur service rendu à l'assuré(e), il vous est demandé de bien vouloir indiquer si l'arrêt de travail est en rapport avec une affection visée à l'article L.324-1 du Code de la sécurité sociale, à savoir :

- affection nécessitant une interruption de travail ou des soins continus supérieurs à 6 mois non exonérante,
- affection de longue durée exonérante reconnue sur liste (ALD 30) ou hors liste.

### 2 Dispositions relatives à l'assurance maternité :

Un état pathologique résultant de la grossesse permet l'indemnisation d'une période supplémentaire de 14 jours au titre de l'assurance maternité.

3 Vous devez préciser si l'état du malade autorise des sorties. Dans ce cas, l'assuré(e) doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examen médicaux.

### 4 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 domicile. Vous devez justifier cette dispense exceptionnelle à la rubrique "éléments d'ordre médical".

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "non".

5 En application de l'article L. 323-3 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 dès lors qu'un arrêt de travail à temps complet indemnifié précède immédiatement la reprise de travail à temps partiel. Cette disposition concerne les assurés qui ne souffrent pas d'une affection mentionnée à l'article L. 324-1 du Code sécurité sociale (ALD et soins d'une durée supérieure à 6 mois).

En revanche, l'exigence d'un arrêt de travail à temps complet, précédant immédiatement la reprise à temps partiel, n'est pas opposable aux assuré(s) atteint(e)s d'une affection mentionnée à l'art. L. 324-1 dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet procède de cette affection et que l'(les) intéressé(es) ont déjà observé un arrêt à temps complet antérieurement indemnisé au titre de cette affection.

Vous devez indiquer la date du début et la date de fin de l'arrêt à temps partiel thérapeutique.

Nota bene : L'indemnisation pour perte d'activité dans le cadre d'une reprise à temps partiel n'est pas prévue pour une profession indépendante et une activité non salariée agricole.

### 6 Eléments d'ordre médical :

L'article L.162-4-1, 1<sup>er</sup> 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

## 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) ❶**  
Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**. Adressez le volet 3 à votre employeur.  
Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur.
- **Si vous êtes fonctionnaire ❷**  
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 exercez une profession indépendante ❸**  
Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre Caisse RSI, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**. Conservez le volet 3.
- **Si vous êtes non salarié(e) agricole ❹** (à compter du 1er janvier 2014)  
Adressez les volets 1 et 2 au service médical de la caisse de MSA dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre Médecin ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**. Conservez le volet 3.
- **Si vous êtes sans emploi ❺**  
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. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail**. Adressez le volet 3 au pôle emploi.

**En cas d'envoi tardif**, y compris dans le cadre d'une **prolongation**, vous vous exposez à une réduction du montant de votre indemnisation.

❻ **accident causé par un tiers :**

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

❼ **prolongation d'un arrêt de travail :**

La prolongation d'un arrêt de travail doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant, **sauf dans les cas** où elle est prescrite par le médecin remplaçant l'un de ces médecins ou par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou à l'occasion d'une hospitalisation.

**A défaut, un délai de carence vous sera appliqué, le cas échéant.**

**En dehors de ces cas** l'assuré(e) doit justifier, par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie, de l'impossibilité du médecin prescripteur de l'arrêt initial ou du médecin traitant de prescrire la prolongation.

**Dans tous les cas** l'assuré(e) ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré(e) indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel la prolongation n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

**Par ailleurs, votre médecin est tenu de préciser les éléments d'ordre médical justifiant votre arrêt de travail.**

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

- de respecter les heures de présence à domicile (de 9 à 11 heures et de 14 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.**





# avis d'arrêt de travail

n°10170\*05  
PRN-PRE

initial  de prolongation (\*)

volet 1, à adresser  
au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil

(art. L. 162-4-1 ter A, L. 92-4, L. 315-2, L. 321-1-5ème al., L. 323-6, L. 376-1, L. 613-30, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 325-2, D. 613-18, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L. 732-4 et 752-15-1 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)*

code de l'organisme de rattachement : \_\_\_\_\_  
*(voir votre attestation papier Vitae)*

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*

activité salariée  fonctionnaire  profession indépendante  activité non salariée agricole   
 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  data : \_\_\_\_\_ non   
 l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermique ? oui  non   
 l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui  non

(\*) 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 spécialiste consulté 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 : \_\_\_\_\_ n° téléphone : \_\_\_\_\_  
 adresse : \_\_\_\_\_ e.mail : \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_ inclus  
 - en toutes lettres : \_\_\_\_\_  
 (à compléter obligatoirement)  
 et \_\_\_\_\_  
 - en chiffres

sans rapport\*  en rapport\*  avec une affection de longue durée *(voir notice ①)*  
 sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse *(voir notice ②)*  
 \* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui  à partir du \_\_\_\_\_ non   
*(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ④)*  
 par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :  
 non  oui  à partir du \_\_\_\_\_ *(voir notice ④)*

et prescrit un temps partiel pour raison médicale du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
*(voir notice ⑤)*  
 sans rapport\*\*  en rapport\*\*  avec une affection de longue durée *(voir notice ①)*  
 \*\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

## éléments d'ordre médical (voir notice ⑥)

Codification du motif médical : \_\_\_\_\_ OU éléments en toutes lettres : \_\_\_\_\_

identification du praticien (nom et prénom)	identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)
identifiant : _____	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. le Médecin-Conseil

(art. L. 162-4-1 et al. L. 162-4, L. 162-2, L. 321-1, L. 613-20, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 332-2, D. 613-16, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L. 733-4 et 732-16-1 du Code de santé 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)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vita6) \_\_\_\_\_

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

activité salariée  fonctionnaire  profession indépendante  activité non salariée agricole   
 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  non  date \_\_\_\_\_

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

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

(\*) 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  médecin spécialiste consulté  à l'occasion d'une hospitalisation   
 ou le médecin prescripteur initial  à la demande du médecin traitant

autre cas  précisez et indiquez le motif : \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_ inclus  
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)  
 et  
 - en chiffres

sans rapport\*  en rapport\*  avec une affection de longue durée (voir notice 1)

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)

\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui  à partir du \_\_\_\_\_ non   
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :  
 non  oui  à partir du \_\_\_\_\_ (voir notice 4)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
(voir notice 5)

sans rapport\*\*  en rapport\*\*  avec une affection de longue durée (voir notice 1)

\*\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

identification du praticien (nom et prénom)  identifiant _____  date _____	identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)  n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) _____  signature du praticien _____
---	---



(art. L.152-4-1 ter al. L.152-44, L.3152, L.3211-91 me al. L.3234, L.375-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, D.613-10, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 732-15-1 du Code rural et de la pêche maritime)

**l'assuré(e)**

numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_

nom et prénom \_\_\_\_\_  
(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale) \_\_\_\_\_

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

activité salariée  fonctionnaire  profession indépendante  activité non salariée agricole   
sans emploi  date de cessation d'activité \_\_\_\_\_ précisez votre situation \_\_\_\_\_

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? 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**

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : \_\_\_\_\_

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

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse  
\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui  à partir du \_\_\_\_\_ non   
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :  
non  oui  à partir du \_\_\_\_\_

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

identification du praticien  
(nom et prénom) \_\_\_\_\_

identifiant \_\_\_\_\_

date \_\_\_\_\_ signature du praticien \_\_\_\_\_



## LES TÉLÉSERVICES EN PRATIQUE

Créer  
un **Avis d'Arrêt de Travail**  
en ligne  
en **5** étapes



Pour accéder au téléservice AAT :



URL : <https://espacepro.ameli.fr>



Insérer la carte CPS et la carte Vitale du patient<sup>1</sup>

## Créer un AAT en 5 étapes



Choisissez la nature de l'arrêt



Par défaut, la nature de l'arrêt sélectionné est « Prescription d'un arrêt de travail à temps complet »

### Formulaire Avis d'arrêt de travail

#### NATURE DE L'ARRÊT

- Prescription d'un arrêt de travail à temps complet
- Prescription d'un temps partiel pour raison médicale



## Créer un AAT en 5 étapes



### Sélectionnez le motif de l'arrêt



Cliquez sur le menu déroulant pour faire apparaître la liste des motifs d'arrêt.



Assistance au remplissage : l'AAT en ligne vous propose les situations d'arrêt les plus courantes.




Sélectionnez un motif.

Si le motif de l'arrêt de travail n'est pas présent, sélectionnez l'option «Autres» et saisissez le motif dans l'encadré « Complément d'information ».



Par défaut, il vous est proposé que « l'arrêt n'est pas en rapport avec une affection nécessitant un arrêt ou des soins supérieurs à 6 mois ou avec une Affection Longue Durée ».

Si besoin, cliquez sur le bouton  pour changer l'élément d'ordre médical.

**Services patient > Avis d'arrêt de travail 5 clics > Créer**

22 Motif de l'arrêt de travail

1

2

3

4

5

**ÉLÉMENTS D'ORDRE MÉDICAL**

L'arrêt n'est pas en rapport avec une affection L324-1 et R613-59 du code de la sécurité sociale

Motif de l'arrêt de travail : \* Grossesse

Complément d'information : (100 caractères max)

DURÉE DE L'ARRÊT

Durée : [ ] jour(s)

À partir de : 13/02/201\*

MODALITÉS DE L'ARRÊT

Avis d'arrêt de travail initial

Centre de gestion : 0000

Droits à la date du jour : \*

Exonération : \*

ACS : \*

CHLIC : \*

AME : \*

MT :

**ÉLÉMENTS D'ORDRE MÉDICAL**

L'arrêt n'est pas en rapport avec une affection L324-1 et R613-69 du code de la sécurité sociale

Motif de l'arrêt de travail : \* Autres

Complément d'information : \* (100 caractères max)

**ÉLÉMENTS D'ORDRE MÉDICAL**

L'arrêt est en rapport avec une affection L324-1 et R613-69 du code de la sécurité sociale

Motif de l'arrêt de travail : \* (100 caractères max)

100 / 100

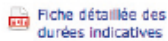
# Créer un AAT en 5 étapes



## Précisez la durée de l'arrêt



Saisissez la durée de l'arrêt de travail.



Fiche détaillée des durées indicatives

Après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS), des durées indicatives par pathologie sont disponibles sur la fiche repère correspondante (format PDF).



Vous avez la possibilité de vous appuyer sur la durée indicative de l'arrêt correspondant au motif sélectionné.

Pour une prescription à temps partiel, les durées indicatives et fiches détaillées associées ne sont pas disponibles.



Si besoin, cliquez sur le calendrier pour ajuster les dates de fin de l'arrêt de travail.



La date de fin d'arrêt de travail s'affiche automatiquement en fonction de la durée de l'arrêt.

**DURÉE DE L'ARRÊT**

Durée : 3 jour(s)

**Tableau des durées indicatives.**  
Ces durées de référence sont indicatives et correspondent à la durée totale de l'arrêt. Elles peuvent être adaptées à la situation du patient.

Type d'emploi	Durée indicative
Travail sédentaire	<input type="radio"/> 1 jour
Travail physique léger Charge ponctuelle < 10 kg ou charge répétée < 5kg	<input checked="" type="radio"/> 3 jours
Travail physique modéré Charge ponctuelle < 25 kg ou charge répétée < 10kg	<input type="radio"/> 8 jours
Travail physique lourd Charge > 25kg	<input type="radio"/> 15 jours

À partir du : \* 19/05/2014 Jusqu'au (inclus) : \* 21/05/2014

**DURÉE DE L'ARRÊT**

Durée : 5 jour(s)

À partir du : \* 19/05/2014 Jusqu'au (inclus) : \* 23/05/2014

# Créer un AAT en 5 étapes



Éventuellement

Adaptez l'AAT à la situation du patient



Cliquez sur pour modifier une information

et cliquez sur pour revenir à l'état initial.

Les informations affichées par défaut correspondent aux situations les plus fréquentes.



Peuvent exceptionnellement figurer sur une même prescription un arrêt de travail à temps complet, dans la limite de 15 jours, suivi d'une reprise à temps partiel pour raison médicale, **si vous l'estimez compatible** avec l'évolution de l'état de santé de **votre patient**.

Lorsque l'arrêt de travail à temps complet est suivi d'une reprise à temps partiel thérapeutique, la date de début de reprise est automatiquement renseignée et non modifiable.

Dans le cas d'une prescription à temps partiel, les informations sur les sorties autorisées du patient n'apparaissent pas.



## MODALITÉS DE L'ARRÊT

Avis d'arrêt de travail initial

Adresse de visite habituelle

Assuré sans précision sur l'employeur

Sorties autorisées avec restriction d'horaire à partir du \* 19/05/2014   
L'assuré doit être présent à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.  
Sans exception

L'arrêt ne fait pas suite à un accident causé par un tiers

L'arrêt ne fait pas suite à une cure thermique

L'arrêt n'est pas en rapport avec l'affection pour laquelle l'assuré est pensionné de guerre

L'arrêt est suivi d'une reprise à temps partiel thérapeutique

À partir du 29/05/2014 Jusqu'au (inclus) \*

## MODALITÉS DU TEMPS PARTIEL

Prescription de temps partiel thérapeutique initial

Adresse de visite habituelle

Assuré sans précision sur l'employeur

Le temps partiel ne fait pas suite à un accident causé par un tiers

Le temps partiel ne fait pas suite à une cure thermique

Le temps partiel n'est pas en rapport avec l'affection pour laquelle l'assuré est pensionné de guerre

## Créer un AAT en 5 étapes



### Transmettez l'AAT



Cochez la case « J'accepte les conditions de la transmission ».



Cliquez sur « transmettre » pour adresser l'AAT à la caisse du patient.



Les données saisies sont automatiquement vérifiées avant télétransmission, permettant un traitement plus rapide du dossier.



Imprimez, signez et remettez à votre patient le volet n°3 destiné aux tiers : employeur, Pôle emploi, etc.



Si besoin, vous pouvez enregistrer et archiver l'ensemble du dossier (format PDF).

C'est terminé !

Services patient > Avis d'arrêt de travail S'édite > Créer

1  
2  
3  
4  
5

Mon patient accepte que je transmette le présent avis d'arrêt de travail pour son compte et est informé des textes applicables.  
J'accepte les conditions de la transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables.

Abandonner Imprimer sans transmettre Transmettre

Formulaire Avis d'arrêt de travail

L'avis d'arrêt de travail AAT-AS-01010000-140214-135555-999 de HENRI PRUNAC a bien été transmis et déposé le 14 février 2014 à 13:55. L'accusé de dépôt ne fait foi que de la date et de l'heure dudit dépôt. Attention, la date faisant foi est toujours calculée sur le fuseau horaire de Paris.

IMPRIMER L'EXEMPLAIRE ET LA NOTICE À REMETTRE À L'ASSURÉ.  
Nous vous rappelons qu'il est IMPERATIF de remettre à votre patient l'exemplaire qui lui est destiné.

Imprimer

ENREGISTRER L'ACCUSÉ DE DÉPÔT ET UNE COPIE DU FORMULAIRE COMPLET.

Enregistrer