

# Nouveau volet employeur

## Avis d'arrêt de travail

L'Assurance Maladie a fait évoluer le téléservice « avis d'arrêt de travail » pour les professionnels de santé, notamment le volet à destination des employeurs. Désormais vous êtes susceptibles de recevoir les avis d'arrêts de travail de la part de vos salariés selon deux visuels :

- le volet 3 habituel du cerfa S3116g (*en couleur ou en noir et blanc*)
- le volet employeurs dont l'intitulé est « Données télétransmises de l'avis de l'arrêt de travail à l'Assurance Maladie ».

Ce nouveau volet a la même fonction juridique que le volet 3 du cerfa S3116g et contient les éléments nécessaires à la réalisation d'un signalement d'arrêt maladie en DSN ou d'une attestation de salaire.

### 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-Seme al., L. 326-6, L. 376-1, L. 613-20, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, 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 :  
 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 à 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 : A réception de l'avis d'arrêt de travail initial, vous devez réaliser un signalement d'arrêt en DSN ou une attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).**

---

**l'employeur**

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

**les renseignements médicaux**

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

- et prescrit un arrêt de travail jusqu'au { - } 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 :

ACTIONS DE L'EMPLOYEUR

DATE DE FIN D'ARRÊT DU TEMPS COMPLET

DATE DE DÉBUT ET DE FIN D'ARRÊT DU TEMPS PARTIEL

DATE DE DÉBUT D'ARRÊT

