

## ACCEPTER LES CONTRÔLES

Pendant mon arrêt de travail, la **CSSM** peut effectuer des contrôles à mon domicile ou me convoquer auprès du service médical. J'ai l'obligation de me soumettre à ces contrôles et de me rendre à ces convocations.

Le montant de mes indemnités journalières peut être réduit en tout ou partie :

- Si mon arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifié
- Si j'exerce une activité non autorisée par mon médecin
- Si je ne respecte pas les heures de sorties autorisées ou si je quitte mon département de résidence sans l'accord préalable de la **CSSM**.

## COMMENT EST CALCULÉE L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE (IJ) EN CAS D'ARRÊT MALADIE ?

L'indemnité journalière est calculée en fonction de mon « salaire journalier de base ».

Il s'obtient en divisant le salaire brut des trois derniers mois précédant l'arrêt par **91,25**.

Mais il est retenu dans la limite de **1,8 fois le Smig**.



## “ JE SUIS EN ARRÊT DE TRAVAIL POUR MALADIE



## MES DÉMARCHES ET FORMALITÉS

- Mon médecin m'a prescrit un arrêt de travail.



☎ 02 69 61 91 91

✉ PLACE MARIAGE - 97600 MAMOUDZOU

@ pfs.cssm@css-mayotte.fr

🌐 www.cssm.fr



# “ JE SUIS EN ARRÊT DE TRAVAIL POUR MALADIE

## OÙ ENVOYER MON AVIS D'ARRÊT DE TRAVAIL SOUS 48 HEURES ?

Les volets 1 et 2 de l'imprimé d'arrêt de travail à l'adresse suivante : service médical **CSSM** BP 84- 97600 Mamoudzou

Le volet 3 à mon employeur

- Mon employeur est tenu d'établir une attestation de salaire et de la transmettre rapidement à la **CSSM**.
- Ce document permet le calcul et le versement de mes indemnités journalières si je remplis les conditions d'ouverture de droits.

## RESPECTER LES HEURES DE SORTIES AUTORISÉES

- Mon médecin est tenu d'indiquer si je suis autorisé ou non à sortir de mon domicile durant mon arrêt de travail.
- S'il m'autorise à sortir, je dois tout de même être présent à mon domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h, sauf en cas de soins ou d'exams médicaux. Je respecte les heures de sorties autorisées

**CERFA N°10170\*0**

**avis d'arrêt de travail**  initial  de prolongation (\*) **volet 1, à adresser au service médical**

**cerfa**  
n°10170\*0  
**PRN-PRE**

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, art L. 162-4-4, L. 315-2, L. 321-3, L. 321-4, L. 321-5, L. 321-6, L. 321-7, L. 321-8, L. 321-9, L. 321-10, L. 321-11, L. 321-12, L. 321-13, L. 321-14, L. 321-15, L. 321-16, L. 321-17, L. 321-18, L. 321-19 et L. 321-20 du Code de la sécurité sociale)

numéro d'immatriculation  **l'ASSURÉ(e)**

nom et prénom   
(nom de famille - de naissance - marié, le cas échéant, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement   
(voir votre attestation papier D104)

adresse où le malade peut être visité (est 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  profession indépendante   
sans emploi  date de cessation d'activité  précisez votre situation (voir notice ①)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice ②) : oui  date  non

l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermique oui  non

l'arrêt prescrit est 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 :  
médecin remplaçant le médecin traitant  médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant  à l'occasion d'une hospitalisation   
ou le médecin prescripteur initial   
autre cas  précisez et indiquez le motif :

**l'employeur**

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

**les renseignements médicaux**

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

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

sans rapport\*  en rapport\*  avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice ③)  
sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ④)  
\* 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 ⑤)  
par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :  
non  oui  à partir du  (voir notice ⑥)

• prescrit un temps partiel pour raison médicale du  au   
(voir notice ⑦)  
sans rapport\*  en rapport\*  avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice ③)  
\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

**éléments d'ordre médical** (voir notice ⑧)  
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, FINISS ou SIBET)

date  signature du praticien

**PRN-PRE S3116x**

La loi 78-17 du 6-1-78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.  
Disposer de votre copie de l'avis d'arrêt de travail ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-4 du Code pénal, articles L. 116-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

