

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**

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, 1er al. L. 162-4-4, L. 315-2, L. 321-3, 5ème al., L. 323-6, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, L. 376-1, L. 613-20, D. 613-19 et D. 613-23 du Code de la sécurité sociale)

ASSURÉ(e)

numéro d'immatriculation _____
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 : _____
et _____
- 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 fraude 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. 102-1-14 du Code de la sécurité sociale).

