

Démarche : Fichier employeur : Demande de contrôle de mon salarié ou de ma salariée

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle entreprise

## Identité du demandeur

Email

Etablissement  
SIRET

Dénomination

Forme juridique

## Formulaire

Ce formulaire en ligne permet à un employeur de demander un contrôle médical ou administratif d'un salarié ou une salariée affilié(e) à la CPAM de la Manche.

### Votre demande concerne un :

Plusieurs choix possibles

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ contrôle médical : l'état de santé du salarié justifie-t-il encore un arrêt de travail ?

☐ contrôle administratif : respect des horaires de sortie, sortie du département.....

## Identification de l'entreprise

Nom de l'entreprise

Adresse de l'entreprise

SIRET  
SIRET

Dénomination

## Identification du déclarant

Votre nom

Prénom

Email

Numéro de téléphone

## Identification du salarié(e) concerné(e)

Nom du/de la salarié(e) concerné(e)

Prénom

Adresse

Son numéro de Sécurité sociale

Saisir les 15 chiffres sans espace

De quelle Caisse Primaire d'Assurance Maladie dépend le(la) salarié(e) concerné(e) ?

Indiquez le département de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de rattachement du salarié

## Arrêt de travail

Date de début de l'arrêt de travail

Format jj/mm/aaaa

Date de fin de l'arrêt de travail

Format jj/mm/aaaa

Votre signalement

Indiquez ici tous les éléments qui motivent votre demande

## Fichier employeur : Demande de contrôle de mon salarié ou de ma salariée

**Tous les documents que vous jugerez nécessaire de nous transmettre**

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

☐ Tous les formats sauf Office (xls,xlsx, doc,docx, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

☐ Tous les formats sauf Office (xls,xlsx, doc,docx, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

☐ Tous les formats sauf Office (xls,xlsx, doc,docx, ppt, pps)

## Engagement

**En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Fait**

Indiquez la commune

**Le**

Format jj/mm/aaaa