

avis d'arrêt de travail

congé de maternité exceptionnel pour grossesse pathologique

notice

Un congé de maternité est exceptionnellement accordé dès le premier jour d'arrêt de travail, et quelle qu'en soit la date, lorsque cet arrêt est prescrit par un médecin spécialiste ou compétent en gynécologie médicale ou obstétrique, et dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à une exposition au diéthylstilbestrol (DES) in utero (c'est-à-dire à la grossesse de la mère).

à destination de la patiente

QUELLE QUE SOIT VOTRE SITUATION :

- complétez la rubrique "assurée",
- conservez le volet 1,
- adressez au service médical de votre organisme d'assurance maladie, les volets 2 et 3 de cet avis dans l'enveloppe "M. le Médecin Conseil" que vous a remise votre médecin spécialiste ou compétent en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique, ou, à défaut, dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin Conseil.

SELON VOTRE SITUATION :

- SI VOUS ÊTES SALARIÉE :

- complétez la rubrique "employeur",
- adressez le volet 4 à votre employeur.

- SI VOUS ÊTES NON SALARIÉE AGRICOLE OU SI VOUS EXERCEZ UNE PROFESSION INDEPENDANTE :

- le volet 4 ne vous concerne pas.

- SI VOUS ÊTES SANS EMPLOI :

Complétez la rubrique "précisez votre situation" (ex. : chômage indemnisé, allocation spécifique de solidarité, fin de droits...). Des indemnités journalières peuvent éventuellement vous être attribuées.

- adressez le volet 4 à Pôle Emploi.

IMPORTANT : quelle que soit votre situation, demandez à votre organisme d'assurance maladie un accord avant votre arrêt. Si vous deviez quitter sa circonscription.

Le médecin qui prescrit cet arrêt de travail doit indiquer les éléments médicaux constatés par lui et ceux éventuellement fournis par vous qui justifient un arrêt de travail ouvrant droit au congé maternité « DES ».

Le non respect de ces dispositions peut entraîner un refus du droit à vos prestations.

Pour être indemnisée, la prolongation de l'arrêt de travail doit être prescrite par le médecin qui a prescrit l'arrêt initial par son remplaçant, ou à l'occasion d'une hospitalisation.

Si ce n'est pas le cas, l'assurée ou le professionnel de santé, sous la responsabilité de celle-ci, indique sur ce formulaire le motif pour lequel le médecin prescripteur de la prolongation n'est pas le médecin prescripteur de l'arrêt initial.

L'assurée doit pouvoir justifier de l'impossibilité pour ce praticien de prescrire cette prolongation. Elle en apporte la preuve par tous moyens à la demande de son médecin prescripteur.

Pour tous renseignements complémentaires, consultez votre organisme d'assurance maladie.

à destination du médecin spécialiste ou compétent en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique

Lorsqu'il ressort de l'examen médical de l'assurée enceinte ainsi que des informations biographiques ou cliniques que vous a fournies l'intéressée, qu'il peut exister un lien entre la grossesse pathologique et une exposition au DES in utero, vous devez renseigner tout ou partie des éléments médicaux mentionnés sur le volet 1 de ce formulaire destiné à l'assurée et dupliqués sur le volet 2 à destination du médecin conseil et y porter votre signature afin que votre patiente bénéficie du congé maternité exceptionnel pour grossesse pathologique en lien avec une exposition de l'intéressée au DES in utero (article 2 du décret n° 2006 - 773 du 30 juin 2006 et du décret n° 2008-537 du 5 juin 2008).

Si l'assurée est en possession d'une attestation ou de tout autre justificatif concernant la prescription de DES à sa mère et vous en remet une copie, veuillez l'indiquer dans le "3)" de la rubrique "renseignements médicaux" qui figure sur les volets 1 et 2 de ce formulaire.

Pour préserver le secret médical, vous remettez ce formulaire à votre patiente, après l'avoir complété, avec une enveloppe "M. le Médecin Conseil" qui lui permettra d'adresser les volets 2 et 3 au service médical de son organisme d'assurance maladie. Les enveloppes permettant cet envoi sont les mêmes que celles remises avec tout avis d'arrêt de travail.

Remarques :

L'avis d'arrêt de travail initial est le premier arrêt établi, au titre d'une exposition au DES in utero, par un médecin spécialiste ou compétent en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique.

Pour que le congé de maternité DES soit indemnisé par l'assurance maternité, la déclaration de grossesse doit être établie et transmise à la caisse d'assurance maladie.

Ce congé est différent de la période supplémentaire de deux semaines qui peut être prescrite dès que la déclaration de grossesse a été établie. Ces deux semaines, qui peuvent être fractionnées, sont toujours prescrites au moyen de l'imprimé "avis d'arrêt de travail" référencé S3116, qui est transmis à l'organisme d'assurance maladie.

avis d'arrêt de travail

relatif au congé de maternité exceptionnel pour grossesse pathologique
 (art. 32 de la Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004, art.57 IV et V de la Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007
 Décrets n° 2006-773 du 30 juin 2006 et n° 2008-537 du 5 juin 2008)

n° 13367*04

initial de prolongation (*)

volet 1 à conserver
par l'assurée

l'assurée

numéro d'immatriculation

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'épouse)

prénom

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

adresse où la malade peut être visitée (1)

code postal ville n° de 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
 activité non salariée agricole sans emploi { date de cessation d'activité
 précisez votre situation (voir notice):

date et lieu de naissance

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin spécialiste ou compétent en gynécologie médicale ou obstétrique, cochez la case correspondante :

médecin remplaçant à l'occasion d'une hospitalisation autre cas précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse

n° téléphone :
e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :
 dont la date présumée de début de grossesse est le
 et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : inclus

éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail :

1) données cliniques :
 - col évocateur
 - hystérogrophie ou hystéroscopie évocatrices

2) antécédents obstétricaux :
 - grossesse extra-utérine
 - fausses couches du 1er trimestre à répétition
 - fausses couches tardives (après 15 semaines)
 - accouchement prématuré

3) autres éléments permettant, le cas échéant, d'évoquer un lien entre la grossesse pathologique et l'exposition de l'assurée au diéthylstilbestrol (DES) in utero :

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date signature du praticien

avis d'arrêt de travail

relatif au congé de maternité exceptionnel pour grossesse pathologique
 (art. 32 de la Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004, art.57 IV et V de la Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007,
 Décrets n° 2006-773 du 30 juin 2006 et n° 2008-537 du 5 juin 2008)

n° 13367*04

initial de prolongation (*)

volet 2 à adresser
au service médical

l'assurée

numéro d'immatriculation

NOM (suivi, s'il y a lieu du nom d'épouse)

prénom

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

adresse où la malade peut être visitée (1)

code postal ville n° de 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
 activité non salariée agricole sans emploi { date de cessation d'activité
 précisez votre situation (voir notice):

date et lieu de naissance

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin spécialiste ou compétent en gynécologie médicale ou obstétrique, cochez la case correspondante :

médecin remplaçant à l'occasion d'une hospitalisation autre cas précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse

n° téléphone :
e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :
 dont la date présumée de début de grossesse est le
 et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : inclus

éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail :

1) données cliniques :
 - col évocateur
 - hystérogaphie ou hystérocopie évocatrices

2) antécédents obstétricaux :
 - grossesse extra-utérine
 - fausses couches du 1er trimestre à répétition
 - fausses couches tardives (après 15 semaines)
 - accouchement prématuré

3) autres éléments permettant, le cas échéant, d'évoquer un lien entre la grossesse pathologique et l'exposition de l'assurée au diéthylstilbestrol (DES) in utero :

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date signature du praticien

avis d'arrêt de travail

relatif au congé de maternité exceptionnel pour grossesse pathologique

(art. 32 de la Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 et décret n° 2006- 773 du 30 juin 2006)

n° 13367*04

volet 4 à adresser à
votre employeur ou à Pôle Emploi(ce volet ne concerne ni les professions indépendantes
ni les non salariées du régime agricole) initial de prolongation

l'assurée

numéro d'immatriculation			
nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'épouse)			
prénom			
code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)			
adresse où la malade peut être visitée (1)			
code postal		ville	n° de 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 <input type="checkbox"/>	profession indépendante <input type="checkbox"/>	date de cessation d'activité	
activité non salariée agricole <input type="checkbox"/>	sans emploi <input type="checkbox"/>		
date et lieu de naissance			

l'employeur

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

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :	
dont la date présumée de début de grossesse est le	
et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) :	inclus

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 d'assurance maladie
de calculer les indemnités journalières de votre salariée.

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