

avis d'arrêt de travail

congé de maternité exceptionnel pour grossesse pathologique

notice

Le congé de maternité, prévu à l'article 32 de la loi n° 2004 - 1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, est accordé, à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail prescrit par un médecin spécialiste ou compétent en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique, aux assurées dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à une exposition au diéthylstilbestrol (DES) in utero pendant la période s'étendant de 1948 à 1981.

à destination de la patiente

Après avoir complété les rubriques "assurée" et "employeur" :

SI VOUS ÊTES SALARIÉE :

- 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,
- adressez le volet 4 à votre employeur.

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.

- 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,
- adressez le volet 4 à votre ASSEDIC.

Attention : quelle que soit votre situation, demandez à votre organisme d'assurance maladie un accord avant votre départ si vous deviez quitter sa circonscription.

Votre médecin spécialiste ou compétent en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique qui procède à votre examen est tenu d'indiquer dans les rubriques correspondantes, conformément aux articles 1 et 2 du décret n° 2006-773 du 30 juin 2006, les éléments médicaux qu'il a constatés, ainsi que ceux que vous avez éventuellement fournis et 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 d'arrêt de travail qui n'est pas prescrite par le médecin spécialiste ou compétent en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique qui a prescrit l'arrêt initial, doit être prescrite par le médecin remplaçant le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou à l'occasion d'une hospitalisation.

En dehors de ces cas, l'assurée doit justifier de l'impossibilité pour ce praticien de prescrire cette prolongation. Elle en apporte la preuve par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie.

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.

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).

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 les 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 et Décret n° 2006-773 du 30 juin 2006)

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 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 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 :

date | | | | | | | | | |
signature du praticien

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

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)

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

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

le médecin prescripteur initial

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 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 :

date

signature du praticien

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

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)

initial de prolongation (*)

**volet 3 à adresser
au service médical**
(qui le remettra aux services administratifs)

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 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 le médecin prescripteur initial 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

date | | | | | | | | | |

signature du praticien

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

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)

initial de prolongation

volet 4 à adresser
à votre employeur ou à l'ASSEDIC

l'assurée

| | |
|--|--------------------------------------|
| numéro d'immatriculation | |
| nom <i>(suivi, s'il y a lieu du nom d'épouse)</i> | |
| prénom | |
| code de l'organisme de rattachement <i>(voir votre attestation papier vitale)</i> | |
| adresse où la malade peut être visitée (1) | |
| code postal | ville |
| n° de téléphone : | |
| bâtiment : | escalier : |
| étage : | appartement : |
| code d'accès de la résidence : | |
| <i>(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence</i> | |
| activité salariée <input type="checkbox"/> | sans emploi <input type="checkbox"/> |
| { date de cessation d'activité | |
| précisez votre situation <i>(voir notice)</i> : | |
| 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 <i>(en toutes lettres)</i> : | |
| 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.

| | |
|------------------------|--|
| date | identification du praticien et le cas échéant de l'établissement |
| signature du praticien | |