

Démarche : IJ AS (PAMCS) : attestation sur l'honneur pour l'assurance maternité des praticiens et auxiliaires médicaux

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle assuré

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux praticiens et auxiliaires médicaux rattachés à la CPAM de la Manche de compléter une attestation sur l'honneur pour un congé maternité.

Pour une connexion simple et pratique, utilisez la connexion France-Connect.

### Je soussigné(e) :

**Nom**

Nom de naissance, suivi, s'il y a lieu du nom d'usage marital

**Prénom**

**Votre adresse**

**Profession**

**Votre numéro de Sécurité sociale**

Saisir les 15 chiffres sans espace

De quelle Caisse Primaire d'Assurance Maladie dépendez-vous ?

# IJ AS (PAMCS) : attestation sur l'honneur pour l'assurance maternité des praticiens et auxiliaires n

Indiquez le département de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**Votre numéro de téléphone**

**Votre adresse mail**

**sollicite le bénéfice des indemnités journalières de cessation d'activité et atteste sur l'honneur cesser mon travail**

**à compter du :**

**jusqu'au :**

**sur prescription du docteur :**

Joindre le certificat

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

☐ Certificat médical

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

## **Durant mon arrêt :**

**Merci d'indiquer votre situation**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Je ne suis pas remplacée

☐ Je suis remplacée

**En situation de remplacement, merci d'indiquer le nom et prénom du remplaçant**

**Le remplaçant ou la remplaçante exerce :**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ A titre libéral

☐ En qualité de remplaçant

## **Pour les médecins libéraux**

**Afin de bénéficier de l'aide complémentaire conventionnelle, j'atteste du temps de travail consacré à l'activité libérale :**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Temps plein : minimum 8 demi-journées

☐ Temps partiel : 75% = 6 ou 7 demi-journées

☐ Temps partiel : 50% = 4 ou 5 demi-journées

IJ AS (PAMCS) : attestation sur l'honneur pour l'assurance maternité des praticiens et auxiliaires m

☐ Moins 4 demi-journées

## Engagement

**En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements.**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Fait à :**

Indiquez la commune

**Le :**

Format jj/mm/aaaa