

- 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	
Civilité	
Nom	
Prénom	

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
Indiquez le département de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Votre numéro de téléphone

Votre adresse mail

**solicite 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

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