



AVIS DE REPOS SUPPLÉMENTAIRE MATERNITÉ DES AGRICULTRICES

L'envoi du présent avis à votre organisme assureur AMEXA et la demande d'allocation de remplacement maternité - repos supplémentaire - sont obligatoires pour vous permettre de percevoir votre allocation de remplacement pendant les deux semaines de repos supplémentaire.

Recommandations importantes :

Si votre médecin vous prescrit un arrêt de travail mentionnant l'état pathologique de votre grossesse, vous devez l'envoyer dans les 48 heures à votre organisme assureur AMEXA, accompagné de la demande de remplacement de maternité - repos supplémentaire - dûment complétée.

Ce n'est qu'en l'absence de prescription d'arrêt de travail, qu'il convient de faire remplir le présent avis par votre médecin accompagné de la demande d'allocation de remplacement maternité - repos supplémentaire dûment complétée.

(1) A REMPLIR PAR L'ASSURÉE

N° d'identification :	<input type="text"/>
NOM :	<input type="text"/>
PRÉNOM :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Département :	<input type="text"/>
Localité :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Le médecin soussigné prescrit un repos
de : jours(1), à partir du :

(1) Maximum 14 (jours)

IDENTIFICATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR	DATE :
<input type="text"/>	Signature du Médecin