



santé
famille
retraite
services



DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT POUR CONGE DE MATERNITÉ

Servie par le régime des non-salariés agricoles

**Cette notice a été réalisée
pour vous aider
à compléter votre demande**

Cachet de la MSA

Vous désirez des informations complémentaires :

- consultez le site www.msa.fr
- consultez votre MSA
- consultez le site www.servicederemplacement.fr
- consultez le Service de Remplacement du département

VOUS ALLEZ ÊTRE MÈRE, VOUS BÉNÉFICIEZ DU CONGÉ DE MATERNITÉ, VOUS POUVEZ PENDANT CE CONGÉ VOUS FAIRE REMPLACER ET PRÉTENDRE À L'ALLOCATION DE REMPLACEMENT MATERNITÉ. LORSQUE LE REMPLACEMENT NE PEUT PAS ÊTRE EFFECTUÉ, VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER DU VERSEMENT D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES FORFAITAIRES.

Si

< vous êtes :

- Cheffe d'exploitation ou d'entreprise agricole,
- Membre non salariée d'une société agricole (GAEC, EARL, sociétés civiles...),
- Aide familiale ou associée d'exploitation,
- Collaboratrice d'exploitation ou d'entreprise agricole, (conjointe, partenaire lié par un PACS ou concubine)

< vous participez :

De manière constante, à temps plein ou à temps partiel, aux travaux de l'exploitation ou de l'entreprise agricole.

< vous relevez de l'assurance maladie des exploitants agricoles (Amexa) :

Depuis au moins six mois avant la date présumée de votre accouchement.

Si vous êtes affiliée depuis moins de six mois en Amexa, les périodes d'affiliation antérieure, au titre d'une activité professionnelle ou assimilée relevant d'un ou plusieurs autres régimes pourront être prises en compte pour l'appréciation de cette condition.

VOUS AVEZ DROIT

De vous faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise agricole pour les durées de remplacement prévues dans le tableau figurant [page III de cette notice](#)

Cachet de la MSA



N° en cours
VOLET DESTINÉ
A LA MSA

DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT MATERNITÉ

- Congé pathologique lié à la grossesse -

Remplir les cadres 1 - 2 - 3

Présenter ou adresser les 2 volets de cette demande à votre MSA qui transmettra immédiatement le second volet au Service de Remplacement conventionné.

Une aide au remplissage de ce formulaire peut vous être apportée soit :

- par votre MSA,
- par le Service de Remplacement.

(1) À REMPLIR PAR L'ASSURÉE

N° d'immatriculation :

NOM DE FAMILLE :

NOM D'USAGE (s'il y a lieu) :

PRÉNOM :

Adresse :

Département : Localité :

Code postal : Tél. où l'assurée peut être jointe

Adresse mail :

(2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux à effectuer dans l'exploitation ou l'entreprise agricole correspondant à votre activité habituelle au moment du congé :

.....

.....

.....

Estimation du temps de travail consacré à ces travaux

} heures par jour
 jours par semaine
 jours par mois

(3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date du premier jour d'interruption d'activité	Durée de l'interruption d'activité
--	--

(4) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REMPLACEMENT

Adresse de la fédération départementale ou du Service de Remplacement conventionné

:

Je soussignée

.....certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Jem'engage à cessertoute activité et à me faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise pendant la durée du congé pathologique.

À : le :

Signature

Cachet de la MSA

VOLET DESTINÉ
AU SERVICE DE
REPLACEMENT

DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT MATERNITÉ

Remplir les cadres 1 - 2 - 3

(1) À REMPLIR PAR L'ASSURÉE

N° d'immatriculation :

NOM DE FAMILLE :

NOM D'USAGE (s'il y a lieu) :

PRÉNOM :

Adresse :

Département : Localité :

Code postal : Tél. où l'assurée peut être jointe

Adresse mail :

(2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux à effectuer dans l'exploitation ou l'entreprise agricole correspondant à votre activité habituelle au moment du congé :

.....
.....
.....

Estimation du temps de travail consacré à ces travaux { heures par jour
..... jours par semaine
..... jours par mois

(3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date du premier jour d'interruption d'activité Durée de l'interruption d'activité

Je soussignée certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Je m'engage à cesser toute activité et à me faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise pendant la durée de l'interruption de mon congé de maternité.

À : le :
Signature

Cachet de la MSA

VOLET DESTINÉ
A LA MSA

DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT MATERNITÉ

Remplir les cadres 1 - 2 - 3

Présenter ou adresser les 2 volets de cette demande à votre MSA 20 jours au moins, avant la date prévue pour votre interruption d'activité- qui transmettra immédiatement le second volet au service de remplacement conventionné.

Une aide au remplissage de ce formulaire peut vous être apportée soit :

- par votre MSA,
- par le Service de Remplacement.

(1) À REMPLIR PAR L'ASSURÉE

N° d'immatriculation :	<input type="text"/>
NOM DE FAMILLE :	<input type="text"/>
NOM D'USAGE (s'il y a lieu) :	<input type="text"/>
PRÉNOM :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Département :	<input type="text"/> Localité : <input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Tél. où l'assurée peut être jointe <input type="text"/>
Adresse mail :	<input type="text"/>

(2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux à effectuer dans l'exploitation ou l'entreprise agricole correspondant à votre activité habituelle au moment du congé :

Estimation du temps de travail consacré à ces travaux { heures par jour
 jours par semaine
 jours par mois

(3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date du premier jour d'interruption d'activité <input type="text"/>	Durée de l'interruption d'activité <input type="text"/>
---	---

(4) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REMPLACEMENT

Adresse de la fédération départementale ou du Service de Remplacement conventionné

Je soussignée
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Jem'engage à cesser toute activité et à me faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise pendant la durée de l'interruption de mon congé de maternité.

À : le :
Signature

DURÉE DE VOTRE REMPLACEMENT MATERNITE

Congé de maternité	Durée du remplacement	Période de remplacement sans report	Période de remplacement avec report maximum (1)
Congé normal	8 semaines minimum (2 semaines de congé prénatal et 6 semaines de congé postnatal) 16 semaines maximum	De 6 semaines avant la date prévue de l'accouchement à 10 semaines après celui-ci	3 semaines de congé prénatal 13 semaines de congé postnatal
PERIODES SUPPLÉMENTAIRES DE CONGE DE MATERNITE			
Grossesse pathologique	2 semaines maximum	De la constatation médicale de la grossesse jusqu'à la date d'accouchement	
Naissance simple portant à 3 le nombre d'enfants à charge	26 semaines maximum	De 8 ou 10 semaines (2) avant la date prévue de l'accouchement à 18 ou 16 semaines après celui-ci	5 semaines de congé prénatal 21 semaines de congé postnatal
Naissances multiples quel que soit le nombre d'enfants à charge			
Jumeaux	34 semaines maximum	De 12 ou 16 semaines (3) avant la date prévue de l'accouchement à 22 ou 18 semaines après celui-ci	9 semaines de congé prénatal 25 semaines de congé postnatal
Triplés	46 semaines maximum	De 24 semaines avant la date prévue de l'accouchement à 22 semaines après celui-ci	21 semaines de congé prénatal 25 semaines de congé postnatal
CONGE SUPPLEMENTAIRE DE NAISSANCE			
<p>Vous pouvez également bénéficier en plus de votre congé de maternité, d'un congé supplémentaire naissance. Ce congé supplémentaire de naissance peut aller jusqu'à deux mois, fractionnable en deux périodes d'un mois, calculé de date à date, sous la forme d'une allocation de remplacement supplémentaire ou à défaut de remplacement à une indemnité journalière forfaitaire, à prendre dans un délai de neuf mois suivant la naissance de l'enfant.</p>			

1) Report du congé prénatal sur le congé postnatal dans la limite de trois semaines.

2) La durée de remplacement au cours de la période prénatale peut être augmentée d'une durée maximale de deux semaines et la durée de la période postnatale est alors réduite d'autant.

3) La durée de remplacement au cours de la période prénatale peut être augmentée de quatre semaines au maximum et la durée de la période postnatale est alors réduite d'autant.

COMMENT DEMANDER VOTRE ALLOCATION ?

< Pour le congé de maternité

Il suffit d'en faire la demande auprès de votre MSA qui vous délivre un imprimé de demande d'allocation. Cette demande devra lui être retournée complétée dans un délai de 20 jours au moins avant la date prévue de votre interruption d'activité, sauf si un cas de force majeure vous en empêche (accouchement prématuré...).

Après étude, votre demande d'allocation sera immédiatement transmise par la MSA au Service de Remplacement conventionné, ce dernier devra ensuite dans les 15 jours vous indiquer s'il peut ou non pourvoir à votre remplacement.

< Pour le congé pathologique lié à la grossesse

Vous devez adresser à votre MSA d'une part, l'avis d'arrêt de travail prescrit par votre médecin et d'autre part, la demande d'allocation de remplacement maternité-congé pathologique lié à la grossesse.

Ce délai de 20 jours susvisé n'est pas applicable pour les 2 semaines de repos pathologique lié à la grossesse.

Faites votre demande d'allocation de remplacement le plus tôt possible, cela permettra d'anticiper et de planifier votre remplacement.

< Pour le congé supplémentaire de naissance

Si vous souhaitez, dès votre demande de congé de maternité, réaliser une demande de congé supplémentaire de naissance, vous pouvez compléter deux formulaires. Le présent formulaire relatif à la demande d'allocation de remplacement pour congé de maternité et celui relatif à la demande d'allocation de remplacement en cas de congé supplémentaire de naissance.

Ces deux formulaires doivent nous être adressés dans un même envoi, pour la bonne prise en compte de votre demande.

La ou les périodes de congés supplémentaires de naissance doivent être positionnées postérieurement au congé de maternité.

COMMENT S'OPÈRE VOTRE REMPLACEMENT ?

Par l'intermédiaire du Service de Remplacement conventionné de votre département à l'adresse ci-dessous :

Si le Service de Remplacement ne peut pourvoir à votre remplacement aux dates mentionnées ci-dessus ou sans réponse de leur part dans un délai de 15 jours, vous pouvez, vous-même, embaucher directement un ou plusieurs salariés. Dans ce cas de figure, après avoir rempli les formalités préalables à l'embauche, vous voudrez bien nous adresser, avant la date de votre interruption d'activité, le ou les contrats de travail établis par vos soins.

L'allocation de remplacement vous sera versée sur présentation des fiches de payes délivrées au(x) remplaçant(s) (son montant ne peut excéder le salaire conventionnel correspondant à la qualification mentionnée dans le contrat de travail).

Dans l'hypothèse où le recours à un remplacement s'avère impossible, soit par le biais d'un Service de Remplacement, soit par une embauche directe, nous vous verserons des indemnités journalières forfaitaires.

LE MONTANT DE L'ALLOCATION

Il est égal au coût de votre remplacement si vous avez recours à un Service de Remplacement conventionné.

En cas d'embauche directe d'un ou plusieurs salariés, le montant de l'allocation est égal au salaire conventionnel correspondant à la qualification mentionnée sur le contrat de travail du ou des salariés que vous avez embauchés.

Dans les deux cas, le montant de l'allocation comprendra celui des contributions sociales (CSG/CRDS).

COMMENT SE FERA VOTRE REMBOURSEMENT ?

- Le remplacement a été effectué par l'intermédiaire d'un Service de Remplacement conventionné : votre MSA versera directement à ce service le montant de l'allocation.
- Le remplacement a été effectué par une (ou plusieurs) personne(s) salariée(s) que vous avez recrutée(s) directement : votre MSA vous remboursera directement la totalité des frais que vous aurez engagés, sur présentation des pièces justificatives suivantes :
 - une copie du (des) bulletin(s) de salaire que vous aurez délivré(s) à la (aux) personne(s) qui vous a (ont) remplacée(s),
 - le(s) contrat(s) de travail établi(s) avec le ou les remplaçant(s).

Remarque :

AU TITRE DU CONGE DE MATERNITE, LORSQUE LE REMPLACEMENT NE PEUT PAS ÊTRE EFFECTUE VOUS POUVEZ PRETENDRE A UN VERSEMENT D'INDEMNITES JOURNALIERES FORFAITAIRES