

Demande de prolongation du repos de maternité suite à une incapacité de travail de 6 semaines minimum (8 en cas de naissance multiple) précédant l'accouchement

1. CONDITIONS

- a) Votre repos de maternité peut être prolongé d'une semaine lorsque vous avez été en incapacité de travail pendant toute la période débutant la 6^{ème} semaine précédant la date réelle d'accouchement (ou la 8^{ème} semaine en cas de naissance multiple).
- b) Lorsque vous souhaitez obtenir le bénéfice de cette prolongation du repos de maternité, vous devez en avertir votre employeur et introduire une demande auprès de votre mutualité.
Pour ce faire, veuillez transmettre ce formulaire, complété et signé, à votre mutualité.

2. A COMPLETER PAR LA MUTUALITE :

Identification de la titulaire :

Nom et prénom :
Adresse :
Code postal :
Commune :
NISS :

Numéro de dossier :

3. A COMPLETER PAR LA TITULAIRE

Je, soussigné, (nom et prénom de la titulaire)
introduit par la présente une demande de prolongation de mon repos de maternité suite à une incapacité d'au moins:
- 6 semaines avant mon accouchement *
- 8 semaines avant mon accouchement (naissance multiple) *
(* Biffer la mention inutile

Je déclare être en incapacité de travail depuis le - - .

Les coordonnées de mon médecin traitant ou de mon gynécologue qui peut confirmer le début de mon incapacité de travail sont les suivantes :

Nom du médecin traitant ou du gynécologue :
Adresse :
Numéro de téléphone :

Fait à le - -
(Signature)

┌ Coller ici votre vignette jaune ┐
de la mutualité
└ ┘

4. A COMPLETER PAR LE MEDECIN-CONSEIL

Je juge que la titulaire susmentionnée est / n'est pas* incapable de travailler (* biffer la mention inutile), et ce à partir du - - .

Pour le médecin-conseil,
Par procuration,

Date.....