Le congé de maternité des agricultrices

Lors de votre congé de maternité, votre remplacement sur votre exploitation est financé intégralement par une allocation versée par la MSA. Nous vous présentons ci-après les conditions et les modalités pour en bénéficier.



service de remplacement
S'engager - consolider - cultiver





service de remplacement
S'engager - consolider - cultiver

Qui peut en bénéficier ?

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





service de remplacement
S'engager - consolider - cultiver

Quelles sont les conditions à remplir ?

- Participer, à temps plein ou à temps partiel, aux travaux de l'exploitation ou de l'entreprise agricole au titre de laquelle vous êtes affilié(e) à l'assurance maladie, invalidité et maternité des personnes non salarié(e)s. Les travaux concernant la tenue du ménage familial sont exclus.
- Relever de l'Amexa depuis au moins six mois avant la date présumée de l'accouchement.
- Pour les personnes affiliées depuis moins de six mois à l'Amexa, les périodes d'affiliation antérieures, 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.
- Cesser tout travail sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole pendant la durée du congé maternité.





service de remplacement
S'engager - consolider - cultiver

Quels sont vos droits ?

UN CONGÉ DE MATERNITÉ D'UNE DURÉE DE 16 SEMAINES POUR LA NAISSANCE D'UN ENFANT, PORTÉ À :

- **26 SEMAINES POUR UNE NAISSANCE SIMPLE PORTANT À 3 LE NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE ;**
- **34 SEMAINES POUR LA NAISSANCE DE JUMEAUX QUEL QUE SOIT LE NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE ;**
- **46 SEMAINES POUR LA NAISSANCE DE TRIPLÉS QUEL QUE SOIT LE NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE.**

VOUS AVEZ ÉGALEMENT DROIT À 2 SEMAINES EN CAS DE GROSSESSE PATHOLOGIQUE.

Pour en bénéficier, vous devez vous faire remplacer sur votre exploitation ou entreprise agricole pendant une durée minimale de 8 semaines.

Les durées minimales et maximales, ainsi que les périodes de remplacement sont détaillées dans le tableau ci-après.





service de remplacement
S'engager - consolider - cultiver

Quelles sont les durées de remplacement ?

Congés de naissance	Durée d'attribution	Période de remplacement sans report	Période de remplacement avec report maximum
Congé normal	8 semaines minimum 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
Congés supplémentaires			
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 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 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





service de remplacement

S'engager - consolider - cultiver

Comment demander l'allocation de remplacement ?

La demande doit être faite auprès de la MSA à l'aide de l'imprimé Cerfa téléchargeable sur : www.servicederemplacement.fr ou sur www.msa.fr

Elle doit être retournée à la MSA complétée **20 jours au moins avant la date prévue pour l'interruption d'activité**.

Ce délai de 20 jours n'est pas obligatoire pour les deux semaines supplémentaires en cas d'état pathologique lié à la grossesse. Dans ce cas, vous devez adresser à votre MSA l'avis d'arrêt de travail prescrit par votre médecin ou à défaut l'avis de repos supplémentaire maternité des agricultrices accompagné de la demande d'allocation de remplacement maternité-repos supplémentaire.

Après étude, votre demande sera immédiatement transmise par la MSA à votre Service de Remplacement qui vous indiquera alors dans les 15 jours suivants ses modalités d'intervention.





service de remplacement
S'engager - consolider - cultiver

Quel est le montant de l'allocation de remplacement ?

Il est égal au coût de votre remplacement. Vous n'avez aucun reste à charge. L'allocation est versée directement au Service de Remplacement.



msa santé famille retraite services

cerfa N° 50708#04

DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT DE MATERNITÉ

Servie par le régime des non-salariés agricoles

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

Ref. : 10023-2014 / PAO/CCMSA

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 de département



Cachet de la MSA

cerfa N°11606*04

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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(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.
Je m'engage à cesser toute activité et à me faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise pendant la durée du congé pathologique.

À : ..... le : .....
Signature

Ref. : 10023-2014 / feuillet_1 - PAO/CCMSA