

## DEMANDE D'AIDE AU REMPLACEMENT POUR MOTIF MALADIE

Nom du Service de Remplacement :

Adresse :

N° téléphone :

Adresse mail :

### BENEFICIAIRE :

NOM ..... Prénom .....

N° Insee : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

### Statut :

Chef d'exploitation :

Membre d'un GAEC :

Membre d'une société :

Conjoint collaborateur :

### REPLACEMENT :

Date de l'arrêt de travail : .....

**Joindre une copie de votre arrêt de travail indiquant la période et le nombre de jours d'arrêt.**

Période de prise en charge du remplacement :

Du.....au .....soit.....journées

***J'autorise la MSA Auvergne à verser directement l'aide au Service de remplacement. De ce fait, le montant de cette aide sera déduit des journées de remplacement facturées.***

**Montant de l'aide de la MSA au 1<sup>er</sup> janvier 2023 :**

**26 € / journée à compter du 8<sup>ème</sup> jour de l'arrêt de travail  
dans la limite de 30 jours consécutifs ou non par année civile et par bénéficiaire**

A.....

le .....

**Signature :**

# AIDE AU REMPLACEMENT MALADIE REGLEMENT 2023

## BENEFICIAIRES :

Les assurés AMEXA à titre principal

- le chef d'exploitation (en individuel ou sous forme sociétaire : membre d'un GAEC, associé d'exploitation)
  - le conjoint collaborateur
- en situation d'arrêt de travail pour motif maladie

## MOTIF ET MODALITES D'INTERVENTION :

- arrêt maladie supérieur à 7 jours consécutifs rendant impossible l'activité sur l'exploitation
- intervention d'un service de remplacement conventionné avec la MSA Auvergne.

## PARTICIPATION FINANCIERE :

- participation sans condition de ressources
  - à partir du 8<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail
  - aide accordée pour un remplacement d'une durée minimum de 3 heures et demi dans la même journée.
  - maximum 30 journées consécutives ou non par année civile par bénéficiaire
  - montant forfaitaire\* : 26 € par journée supérieure ou égale à 7 heures (ou 13 € par ½ journée supérieure ou égale à 3 heures et demi) dans la limite du restant à charge de la facture
- \*majorations, déplacement et repas compris  
Une journée est égale à minimum 7 heures.

## MODALITES DE LA DEMANDE :

Le service de remplacement adresse **dans les 2 mois qui suivent le début de l'intervention** :

- l'imprimé de demande renseigné et signé par le demandeur,
- un l'arrêt de travail ou un bulletin d'hospitalisation.

Les demandes reçues hors délais feront l'objet d'un rejet.

**Le dossier complet doit être adressé par courrier à :**

MSA Auvergne  
Service Action Sociale  
16 rue Jean Claret  
63972 Clermont-Ferrand cedex 9

**[contactsocial.blf@auvergne.msa.fr](mailto:contactsocial.blf@auvergne.msa.fr)**

## MODALITES DE PAIEMENT :

Versement **au service de remplacement** sur facture avec :

- les justificatifs d'intervention (*fiches de vacation signées du salarié et du bénéficiaire ou bulletins de salaire avec dates d'intervention*)
- les justificatifs de facturation aux bénéficiaires