

Date :
10/12/2001

Origine :
DDRI

Réf. :
DDRI n° 146/2001
 n° /
 n° /
 n° /

MMES et MM les Directeurs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

MMES et MM les Directeurs des URCAM

(pour information)

Plan de classement :

21						
----	--	--	--	--	--	--

Titre :

Modification des formulaires S 4110 "Premier examen médical prénatal" et S 3201
"Attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières .."

Résumé :

Mise en œuvre du congé de paternité - Modification des imprimés précités.

Pièces jointes : 5

Liens :

Mod.circ	IMP	45/92	DGR	67/97
----------	-----	-------	-----	-------

Date d'effet :

1^{er} janvier 2002

Date de Réponse :

Dossier suivi par:

Marie-José Battais

Bruno Noury

Téléphone :

01.42.79.34.39

01.42.79.32.63

**Direction
Délégée aux Risques**

Le 10/12/2001 MMES et MM les Directeurs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

Origine :

DDRI

- MMES et MM les Directeurs
- d'URCAM
(pour information)

N/Réf. : DDRI n° 146/2001

Objet : Mise en œuvre du congé de paternité – Modification des formulaires S 4110 « Premier examen médical prénatal » et S 3201 « Attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières maladie-maternité-paternité ».

Comme vous en avez été informés le 10.09.2001 par message Hermès, le congé de paternité sera mis en œuvre le 1^{er} janvier 2002. Comme le précisait ce message, il a été nécessaire de modifier les imprimés S 4110 et S 3201.

Ces formulaires ont été validés par les services ministériels et enregistrés par la COSA sous les références suivantes :

- S 4110 c Cerfa n° 10112*02 Notice n° 50040#02
- S 3201 n Cerfa n° 11135*02 Notice n° 50236#02

L'UCANSS a d'ores et déjà commencé la fabrication de ces deux nouveaux formulaires qui seront disponibles à partir du 15.12.2001.

Les caisses qui n'auraient pas encore passé commande devront le faire très rapidement à l'adresse suivante :

Madame le Directeur
de l'Union des Caisses
Nationales de Sécurité Sociale
B.P. 45
33, avenue du Maine

75755 PARIS CEDEX 15
Tél. 01.45.38.82.32

Les caisses qui souhaitent faire fabriquer localement ces formulaires peuvent obtenir les films nécessaires à leur fabrication auprès de :

- **pour le formulaire S 3201 n**
Société Graphilabel
6, bd Victor Lambert
BP 2767
51067 REIMS CEDES
Tél. 03.26.85.83.33
- **pour le formulaire S 4410**
CNAMTS
DIAG
à l'attention de Monsieur DURAND
66, avenue du Maine
75694 PARIS CEDEX 14
Tél. 01.42.79.32.52

Je vous rappelle qu'il convient d'approvisionner les médecins et les employeurs avant la fin du mois de décembre.

Le Directeur
Délégué aux Risques



Pierre-Jean LANCRY

A quel organisme devez-vous adresser les volets bleus ?

- **Si vous recevez déjà des prestations familiales :**

A l'organisme qui vous verse habituellement vos prestations.

- **Si vous ne recevez pas encore de prestations familiales :**

- **Vous devez tout d'abord, si vous vivez en couple, choisir lequel d'entre vous sera l'allocataire**, c'est-à-dire celui au nom duquel sera ouvert votre dossier.

Ce choix est important car l'organisme dont vous dépendrez pour les prestations familiales et à qui vous devrez adresser ces volets, est déterminé par la situation professionnelle de l'allocataire, ou par la situation du conjoint, si l'allocataire est sans activité professionnelle.

- Puis consultez le tableau ci-dessous.

SITUATION		ORGANISME COMPÉTENT
de l'allocataire choisi(e)	conjoint(e), concubin(e) ou partenaire	
salarié(e) ou employeur ou travailleur indépendant		Caisse d'allocations familiales ou organisme particulier (1)
exploitant ou salarié(e) agricole		Caisse de mutualité sociale agricole
sans activité professionnelle (2)	sans conjoint	Caisse d'allocations familiales
	salarié(e) ou employeur ou travailleur indépendant ou sans activité professionnelle (2)	
	salarié(e) de la navigation fluviale ou marin pêcheur ou du commerce ou mineur ou forain	Caisse du conjoint
	exploitant ou salarié(e) agricole	Caisse de mutualité sociale agricole

(1) Notamment pour les fonctionnaires de l'Etat ou les employés de la SNCF, de la RATP...

(2) Y compris les pensionnés d'invalidité et de vieillesse, ainsi que les chômeurs, sauf pour les personnes ayant eu une activité agricole qui continuent de relever de la Caisse de mutualité sociale agricole.

Pourquoi un 2e volet bleu ?

- Pour que l'organisme chargé des prestations familiales l'adresse au service de protection maternelle et infantile qui est chargé de la protection des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans.

- Si votre grossesse présente un risque médical ou social particulier, et en accord avec votre médecin traitant, ce service peut vous proposer une aide sous différentes formes : visite d'une sage-femme, travailleuse familiale, etc.

Si vous êtes salariée, à qui pouvez-vous aussi signaler votre grossesse ?

Les conditions de travail d'une femme enceinte font l'objet d'une surveillance particulière de la part de la médecine du travail à qui vous pouvez signaler votre grossesse.

Si vous ne connaissez pas les coordonnées de votre Caisse d'allocations familiales, renseignez-vous auprès de votre mairie ou sur Minitel, tapez 36 15 CAF, suivi du code postal de votre lieu de résidence.

vous attendez un enfant

Madame, Monsieur,

Votre médecin vient de vous confirmer que vous attendez un bébé.

Vous donnez la vie, et désormais, en qualité de parents, vous devenez responsable de votre enfant. A la naissance, vous devrez assurer de manière solidaire le bien-être matériel, l'éducation et l'épanouissement de votre enfant.

Pour votre information, deux documents sont mis à votre disposition : pour vous, Madame, un carnet de maternité est diffusé par le service de la protection maternelle et infantile ; pour vous, Monsieur, un livret de paternité vous sera prochainement adressé.

Vous y trouverez des informations utiles sur la filiation, l'exercice de l'autorité parentale, les prestations sociales, le congé de maternité et le congé de paternité.

Votre médecin vous a donné toutes les indications pour le suivi médical régulier de la grossesse. Les sept examens médicaux mensuels obligatoires, vous seront remboursés à 100% par votre organisme d'assurance maladie.

envoyez :

- Immédiatement, et au plus tard avant la fin de la 14^e semaine de grossesse, les deux premiers volets bleus à l'organisme chargé de vous verser les prestations familiales.

- Immédiatement, le volet de couleur rose à l'organisme d'assurance maladie avec les feuilles de soins correspondant aux examens médicaux et de laboratoire que vous venez de passer, afin d'obtenir la prise en charge du suivi de votre grossesse et de votre accouchement.

Premier examen médical prénatal
(à adresser à l'organisme chargé des prestations familiales)

Madame **Monsieur**

Votre nom : _____
 Nom d'usage(s) : _____
 et sous le prénoms : _____
 Votre prénom : _____
 Votre lieu de naissance : _____
 Votre date de naissance : _____
 Votre adresse : _____
 Adresse, si elle est différente : _____
 Code postal : _____

Votre profession : ☐ Agricole ☐ Non agricole
 Vous êtes : ☐ Salarié ☐ Non salarié
☐ Sans activité professionnelle ☐ Sans activité professionnelle
☐ Autre, précisez : _____

Recevez-vous des prestations familiales ? ☐ OUI ☐ NON
 Sous quel numéro d'allocation ? _____

Madame, êtes-vous assurée sociale ? ☐ OUI ☐ NON
 Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation : _____
 Si NON à quelle(s) assurance(s) êtes-vous attaché(e) ? _____
 Si vous n'êtes ni salariée ni non salariée : _____
 Indiquez son numéro d'immatriculation : _____

Madame, voulez-vous préciser ? (ajoutez la case) _____

Signature : _____

Attestation du médecin : _____
 Cachet : _____

DATE PRELEVÉE DE LA GROSSESSE : _____

Premier examen médical prénatal
(à adresser à l'organisme d'assurance maladie/maternité)

Madame **Monsieur**

Votre nom : _____
 Nom d'usage(s) : _____
 et sous le prénoms : _____
 Votre prénom : _____
 Votre lieu de naissance : _____
 Votre date de naissance : _____
 Votre adresse : _____
 Adresse, si elle est différente : _____
 Code postal : _____

Votre profession : ☐ Agricole ☐ Non agricole
 Vous êtes : ☐ Salarié ☐ Non salarié
☐ Sans activité professionnelle ☐ Sans activité professionnelle
☐ Autre, précisez : _____

Recevez-vous des prestations familiales ? ☐ OUI ☐ NON
 Sous quel numéro d'allocation ? _____

Madame, êtes-vous assurée sociale ? ☐ OUI ☐ NON
 Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation : _____
 Si NON à quelle(s) assurance(s) êtes-vous attaché(e) ? _____
 Si vous n'êtes ni salariée ni non salariée : _____
 Indiquez son numéro d'immatriculation : _____

Madame, voulez-vous préciser ? (ajoutez la case) _____

Signature : _____

Attestation du médecin : _____
 Cachet : _____

DATE PRELEVÉE DE LA GROSSESSE : _____

Je soussigné, certifie que Madame _____ a subi le _____
 et ainsi le _____
 J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été passés.

DATE PRELEVÉE DE LA GROSSESSE : _____

Signature du médecin : _____

S. 4110

Premier examen médical prénatal

(à adresser à l'organisme chargé des prestations familiales)

Madame

Monsieur

Votre nom		
Nom d'époux(se) si vous le portez		
Votre prénom		
Votre lieu de naissance		
Votre date de naissance		
Votre adresse		Adresse, si elle est différente
Votre profession		
	☐ Agricole ☐ Non agricole	☐ Agricole ☐ Non agricole
Vous êtes :	☐ Salariée ☐ Non salariée ☐ Sans activité professionnelle ☐ Autre, précisez :	☐ Salariée ☐ Non salariée ☐ Sans activité professionnelle ☐ Autre, précisez :

Recevez-vous des prestations familiales ? ☐ OUI ☐ NON

Sous quel numéro d'allocataire ?

Madame, êtes-vous assurée sociale ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation

Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous rattaché(e) ?

Son nom et son prénom

Indiquez son numéro d'immatriculation

Madame, voulez-vous préciser ? (réponse facultative)

Nombre d'enfants à charge	Nombre de grossesses antérieures
Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour)	

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale. Art. L. 441-1 du Code pénal).

Signature

Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le 20

Signature(s) :

La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de la Caisse d'allocations familiales qui verse les prestations.

Attestation du médecin

Cachet

- Je soussigné, certifie que Madame a subi le l'examen médical général et obstétrical.
- J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits.

DATE PRESUMEE
DE LA GROSSESSE

Signature du médecin :

Premier examen médical prénatal

(à adresser à l'organisme chargé des prestations familiales)

Madame

Monsieur

Votre nom		
Nom d'époux(se) si vous le portez		
Votre prénom		
Votre lieu de naissance		
Votre date de naissance		
Votre adresse		Adresse, si elle est différente
Votre profession		
Vous êtes :	☐ Agricole ☐ Non agricole	☐ Agricole ☐ Non agricole
	☐ Salariée ☐ Non salariée	☐ Salariée ☐ Non salariée
	☐ Sans activité professionnelle	☐ Sans activité professionnelle
	☐ Autre, précisez :	☐ Autre, précisez :

Recevez-vous des prestations familiales ? ☐ OUI ☐ NON

Sous quel numéro d'allocataire ?

Madame, êtes-vous assurée sociale ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation

Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous rattaché(e) ?

Son nom et son prénom

Indiquez son numéro d'immatriculation

Madame, voulez-vous préciser ? (réponse facultative)

Nombre d'enfants à charge	Nombre de grossesses antérieures
Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour)	

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale. Art. L. 441-1 du Code pénal).

Signature

Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le 20

Signature(s) :

La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de la Caisse d'allocations familiales qui verse les prestations.

Attestation du médecin

Cachet

- Je soussigné, certifie que Madame a subi le l'examen médical général et obstétrical.
- J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits.

DATE PRESUMEE
DE LA GROSSESSE

Signature du médecin :

Premier examen médical prénatal

(à adresser à l'organisme d'assurance maladie-maternité)

Madame

Monsieur

Votre nom

Nom d'époux(se)
si vous le portez

Votre prénom

Votre lieu de naissance

Votre date de naissance

Votre adresse

Adresse, si elle est différente

Code postal

Code postal

Votre profession

☐ Agricole ☐ Non agricole

☐ Agricole ☐ Non agricole

Vous êtes :

☐ Salariée ☐ Non salariée
☐ Sans activité professionnelle
☐ Autre, précisez : _____

☐ Salariée ☐ Non salariée
☐ Sans activité professionnelle
☐ Autre, précisez : _____

Recevez-vous des prestations familiales ? ☐ OUI ☐ NON

Sous quel numéro d'allocataire ? _____

Madame, êtes-vous assurée sociale ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation _____

Si NON à quel(le) assuré(e) êtes-vous rattaché(e) ?

Son nom et son prénom _____

Indiquez son numéro d'immatriculation _____

**Madame, voulez-vous
préciser ?** (réponse facultative)

Nombre d'enfants à charge _____

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale. Art. L. 441-1 du Code pénal).

Signature

Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le _____ 20 _____

Signature(s) :

La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du directeur de la Caisse d'allocations familiales qui verse les prestations.

Attestation du médecin

Cachet

- Je soussigné, certifie que Madame _____ a subi le _____ l'examen médical général et obstétrical.
- J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits.

DATE PRESUMEE
DE LA GROSSESSE _____

Signature du médecin :

☐ MALADIE ☐ MATERNITE ☐ PATERNITE

N° 11135*02

(Art. L 323-4, L 331-3, L331-8, R 323-4, R 323-6, R 323-8, R 323-10 et R 331-5 du Code de la Sécurité Sociale)

EMPLOYEUR

NOM - PRENOM ou DENOMINATION

ADRESSE

N° TELEPHONE

(facultatif)

Code Postal

Numéro SIRET

S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case ☐

ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION

MATRICULE DANS L'ENTREPRISE

(facultatif)

NOM PATRONYMIQUE - PRENOM
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

ADRESSE

Code Postal

EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS (1)

Date du dernier jour de travail

Date de reprise du travail

Reprise à temps partiel ☐

OU Motif médical (avec accord de la CPAM)

Raison personnelle

☐ CAS GENERAL☐ CAS PARTICULIERS

MONTANT DE LA COTISATION

PLUS DE 200 H DE TRAVAIL

MONTANT DE LA COTISATION

PLUS DE 800 H DE TRAVAIL

Situation à la date de l'arrêt :

☐ Non repris ce jour

Pour la période du au

SALAIRES DE REFERENCE (1)

SALAIRE DE BASE

Période de référence

du

au

Montant du salaire

euros*

SOMMES AYANT DONNE LIEU A

REGULARISATION DE COTISATIONS

Pour la

période 1

euros*

Pour la

période 2

euros*

L'ASSURE N'A PAS TRAVAILLE A TEMPS COMPLET

PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE

Motif de

l'absence

Nombre

d'heures

réellement

effectuées

Nombre d'heures

correspondant à

un travail à temps

complet

Salaire

rétabli

euros*

(1) SE REPORTER A LA NOTICE D'UTILISATION

* Si les montants sont exprimés en euros, cochez la case. Si les montants sont exprimés en francs, la case reste vierge.

MATERNITE (à compléter par l'assurée au début du repos prénatal)

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité.

Signature de l'assurée

PATERNITE (à compléter par le père au début du congé de paternité)

Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

date de naissance de l'enfant :

Signature de l'assuré

DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :

du au

N° de compte postal ou bancaire de l'employeur

et intitulé

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre.

Signature de l'assuré(e)

Fait à

Nom du signataire

Qualité

le

Signature de l'employeur

Madame, Monsieur,

C'est avec beaucoup de soin que vous devez compléter cet imprimé. En effet, c'est en fonction des renseignements fournis que seront calculées les indemnités journalières dues à votre salarié(e) ou à vous-même en cas de maintien de salaire.

Dans la mesure où votre salarié(e) travaille en même temps pour plusieurs employeurs, chacun d'eux devra établir la présente attestation.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, il convient d'utiliser l'attestation de salaire S 6202.

Le Directeur de la Caisse Primaire.

NOTICE D'UTILISATION

Cochez le motif de l'arrêt (maladie, maternité, paternité) dans le titre de l'attestation de salaire.

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ÉTUDE DES DROITS

Situation à la date de l'arrêt : précisez chômage, licenciement, démission, congé payé ou non payé, appel sous les drapeaux, congé de conversion. Dans tous ces cas, indiquez la date du dernier jour de travail effectif précédant ce congé et cochez "repris" ou "non repris".

CAS GENERAL

Précisez le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès calculées sur les rémunérations perçues au cours des 6 mois civils précédant la date d'arrêt effectif du travail,

OU

Cochez la case "plus de 200 h". Ce nombre d'heures doit avoir été effectué au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs précédant la date d'arrêt effectif du travail.

CAS PARTICULIERS

Travailleurs saisonniers, VRP, Journalistes à la pique, Travailleurs à domicile...

Précisez le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès calculées sur les rémunérations perçues au cours des 12 mois civils précédant la date d'arrêt effectif du travail,

OU

Cochez la case "plus de 800 h". Ce nombre d'heures doit avoir été effectué au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs précédant la date d'arrêt effectif du travail.

SALAIRES DE REFERENCES

CATEGORIES	PAIES A PRÉCISER (1 paie par ligne suivant la périodicité)
Salariés payés au mois	3 dernières paies échues avant l'arrêt de travail
Salariés payés à la quinzaine	6 dernières paies échues avant l'arrêt de travail
Salariés payés à la semaine	12 dernières paies échues avant l'arrêt de travail
Travailleurs saisonniers, VRP, journalistes à la pique, travailleurs à domicile...	Les paies échues au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail

COLONNE 3 – Montant du salaire

Maladie

Il s'agit du montant sur lequel ont été calculées les cotisations dues par le salarié pour les assurances maladie, maternité, invalidité et décès, après abattement éventuel pour frais professionnels.

Maternité-Paternité

Il s'agit de la même base, que définie ci-dessus, diminuée de la part salariale des cotisations obligatoires d'origine légale et conventionnelle et de la C.S.G.

COLONNES 4 et 5 – Sommes ayant donné lieu à régularisation annuelle de cotisations

Si au titre de l'année civile qui précède la période de référence indiquée dans les colonnes 1 et 2 un versement régularisateur de cotisations est intervenu, précisez la période et les sommes concernées.

1 Arrêt de travail en mai 2001

Salaires de référence : février, mars et avril 2001

Salaires de régularisation à prendre en compte :

Période du 1.1.2000 au 31.12.2000

2 Arrêt de travail en mars 2001

Salaires de référence : décembre 2000, janvier et février 2001

Salaires de régularisation à prendre en compte :

Périodes du 1.1.99 au 31.12.99 et du 1.1.2000 au 31.12.2000

COLONNE 6 – Motif de l'absence

Indiquez selon le cas, maladie (MAL), accident du travail (AT), maternité (MAT), paternité (PAT), chômage total ou partiel (CHOM), fermeture de l'établissement (FERM), congés payés (COP), service national (SN), absence autorisée (ABA) ;

autres cas, renseignez-vous auprès de votre Caisse Primaire.

COLONNE 8 – Nombre d'heures correspondant à un travail à temps complet

Il s'agit du nombre d'heures qui aurait été effectué par le salarié s'il avait pu, à ce poste, travailler à temps complet.

COLONNE 9 – Salaire rétabli

Il s'agit du salaire tel que défini en colonne 3, et rétabli sur la base de l'emploi à temps complet.

rubriques "maternité" et "paternité" :

congé maternité : faites signer l'assurée au début du congé - congé paternité : faites signer l'assuré au début du congé et joignez la copie de l'acte de naissance ou du livret de famille mis à jour que vous aura remis, le cas échéant, votre salarié.

DEMANDE DE SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR

En cas de maintien total ou partiel du salaire, l'employeur peut demander que les indemnités journalières dues à l'assuré lui soient versées directement, dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée. Dans ce cas, conformément à l'article R 323.11 4^e alinéa du Code de la sécurité sociale, l'assuré doit autoriser l'employeur à percevoir ses indemnités.

CNAMTS IMPRIMES NATIONAUX	FICHE SIGNALETIQUE	DATE CONCEPTION 12.2001
------------------------------	--------------------	----------------------------

intitulé de l'imprimé

attestation de salaire pour le paiement des IJ maladie – maternité - paternité (S3201n)

objet de l'imprimé

permettre le calcul des prestations en espèces à partir des éléments de salaire recueillis

utilisation

consommation annuelle	régimes concernés	lieu de détention
	☒ rég.général ☐ TNS ☐ MSA	☒ caisse ☐ prof.santé. et/ou établisst

caractéristiques techniques de l'imprimé

- présentation générale (type de produit, imprimé en continu, liasse, carnet ... ; orientation : à la française, à l'italienne)
(mode de remplissage : manuel, machine à écrire, informatique)

modèle feuille à feuille – remplissage par imprimante d'ordinateur ou manuel

- spécifications relatives aux supports

rang feuillet	face		format	support				référence encre
	recto	verso		nature*	référence**	grammage	couleur	
1	x	x	21x29,7cms	papier		permettant édition par imprimante impact et non impact (80g)	blanc	pantone 168c

* P : papier ; AC : auto-copiant ; C : carbone / ** Voir normes (P : duplicateur, carte, bristol... ; AC, CB, CFB, CF... ; C : manuel, machine ...)

- spécifications relatives au façonnage

nature	description		emplacement
RIVES	☐ simple	☐ double ☐ détachable	
ASSEMBLAGE	☐ CRIM LOCK normal	☐ CRIM LOCK envers	
liasse	☐ collage par points	☐ collage en ligne ☐ collage tranche	
ASSEMBLAGE	☐ dos carré	☐ rogné vif ☐ avec rebord	
carnet	☐ avec pique : à plat, à cheval, nombre de points :		
cahier	☐ dos toilé ☐ dos kraft ☐ dos plastique		
registre	nombre d'imprimés ou de liasses :		
bloc	ordre de présentation :		
PLIAGE			
PERFORAGE			
RAINAGE			
PRE-DECOUPAGE			
DEPOSE DE COLLE			

- spécifications particulières

rang feuillet	face		DESCRIPTION (foliotage : caractère CMC7 ; caviardage ; pose étiquette, carte, bande adhésive ; désensibilisation)	emplacement
	recto	verso		
			TRAME : 10 %	

CNAMTS IMPRIMES NATIONAUX	FICHE SIGNALETIQUE	DATE CONCEPTION 12.2001
------------------------------	--------------------	----------------------------

intitulé de l'imprimé

attestation de salaire pour le paiement des IJ maladie – maternité - paternité (S3201n ec)

objet de l'imprimé

permettre le calcul des prestations en espèces à partir des éléments de salaire recueillis

utilisation

consommation annuelle	régimes concernés	lieu de détention
	☒ rég.général ☐ TNS ☐ MSA	☒ caisse ☐ prof.santé. et/ou établisst

caractéristiques techniques de l'imprimé

- présentation générale (type de produit, imprimé en continu, liasse, carnet ... ; orientation : à la française, à l'italienne)
(mode de remplissage : manuel, machine à écrire, informatique

modèle en continu – remplissage par imprimante d'ordinateur

- spécifications relatives aux supports

rang feuillet	face		format	support				référence encre
	recto	verso		nature*	référence**	grammage	couleur	
1	x	x	21x12"	papier		permettant édition par imprimante non impact (80g)	blanc	pantone 168c

* P : papier ; AC : auto-copiant ; C : carbone / ** Voir normes (P : duplicateur, carte, bristol... ; AC, CB, CFB, CF... ; C : manuel, machine ...)

- spécifications relatives au façonnage

nature	description				emplacement
RIVES	☐ simple	☐ double	☐ détachable		
ASSEMBLAGE	☐ CRIM LOCK normal	☐ CRIM LOCK envers			
liasse	☐ collage par points	☐ collage en ligne	☐ collage tranche		
ASSEMBLAGE	☐ dos carré	☐ rogné vif	☐ avec rebord		
carnet	☐ avec pique : à plat, à cheval, nombre de points :	☐ dos kraft	☐ dos plastique		
cahier	☐ dos toilé				
registre	nombre d'imprimés ou de liasses :				
bloc	ordre de présentation :				
PLIAGE					
PERFORAGE	pointillés de découpe tous les 12"				
RAINAGE					
PRE-DECOUPAGE					
DEPOSE DE COLLE					

- spécifications particulières

rang feuillet	face		DESCRIPTION (foliotage : caractère CMC7 ; caviardage ; pose étiquette, carte, bande adhésive ; désensibilisation)	emplacement
	recto	verso		
			TRAME : 10 %	
			composition en 6 ^e et 10 ^e de pouces	

CNAMTS IMPRIMES NATIONAUX	FICHE SIGNALETIQUE	DATE CONCEPTION 12.2001
--	---------------------------	--

intitulé de l'imprimé

Premier examen médical prénatal S 4410 c Vous attendez un enfant

objet de l'imprimé

Remboursement du 1^{er} examen médical prénatal

utilisation

consommation annuelle	régimes concernés			lieu de détention	
environ 800 000	☒ rég.général	☐ TNS	☐ MSA	☐ caisse	☒ prof.santé. et/ou établisst

caractéristiques techniques de l'imprimé

- présentation générale (type de produit, imprimé en continu, liasse, carnet ... ; orientation : à la française, à l'italienne)
(mode de remplissage : manuel, machine à écrire, informatique)

liasse remplissage manuel

- spécifications relatives aux supports

rang feuillet	face		format	support				référence encre
	recto	verso		nature*	référence**	grammage	couleur	
NOTICE	x	x	21x29,7	papier		80 g	blanc	Rubine Red U et 286 U
1	x		idem	AC	CB	56 g	blanc	Pantone 286 U
2	x		idem	AC	CFB	53 g	blanc	Pantone 286 U
3	x		idem	AC	CF	56 g	blanc	Rubine Red U

* P : papier ; AC : auto-copiant ; C : carbone / ** Voir normes (P : duplicateur, carte, bristol... ; AC, CB, CFB, CF... ; C : manuel, machine ...)

- spécifications relatives au façonnage

nature	description			emplacement
RIVES	☐ simple	☐ double	☐ détachable	
ASSEMBLAGE	☐ CRIM LOCK normal	☐ CRIM LOCK envers		
liasse	☐ collage par points	☒ collage en ligne	☒ collage tranche	à gauche
ASSEMBLAGE	☐ dos carré	☐ rogné vif	☐ avec rem bord	
carnet	☐ avec piqure : à plat, à cheval, nombre de points :	☐ dos kraft	☐ dos plastique	
cahier	☐ dos toilé			
registre	nombre d'imprimés ou de liasses :			
bloc	ordre de présentation :			
PLIAGE				
PERFORAGE				
RAINAGE				
PRE-DECOUPAGE				
DEPOSE DE COLLE				

- spécifications particulières

rang feuillet	face		DESCRIPTION (foliotage : caractère CMC7 ; caviardage ; pose étiquette, carte, bande adhésive ; désensibilisation	emplacement
	recto	verso		
1	x		TRAME : 20 %	partie basse
2	x		TRAME : 20 % (partie basse)+A plat (emplacement du n° immat.	
3	x		TRAME : 20 %(partie basse) + désensibilisation partie centrale	pour non report des grossesses antérieures et du temps de transport