



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

PRESTATION COMPLÉMENT PERTE DE TRAITEMENT OU SALAIRE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

MES COORDONNÉES

Numéro d'adhésion MGAS _____

Mme M. Nom d'usage _____ Prénom(s) _____

Nom de naissance _____

Informations personnelles vous concernant :

Adresse _____

Complément _____ Lieu-dit _____

Code postal _____ Ville / Pays _____

Téléphone _____ Portable _____ E-mail _____

MA DEMANDE DE PRESTATIONS

Mon statut

Agent titulaire de la Fonction Publique Agent contractuel de la Fonction Publique Autre situation : _____

Motif de mon arrêt

Maladie non professionnelle Maladie professionnelle Accident du travail Accident de la vie privée

S'il s'agit d'un accident, met-il en cause un tiers responsable ? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez les nom, prénom du tiers responsable et coordonnées de son assureur : _____

Nature de mon arrêt

Congé de Maladie Ordinaire Congé de Longue Maladie Congé de Longue Maladie Fractionné Congé de Longue Durée Disponibilité d'Office pour raison de santé Mi-temps thérapeutique

Date initiale de l'arrêt de travail prescrit par mon médecin pour cette pathologie : __/__/____

Avez-vous repris votre travail ? Oui Non Si oui, à quelle date ? __/__/____

Information obligatoire sur mon arrêt

J'ai perçu, je perçois ou suis susceptible de percevoir des prestations :

de la Sécurité sociale du Comité de Gestion des Œuvres Sociales des établissements hospitaliers (CGOS) de tout autre institution ou organisme public ou privé de Prévoyance

LISTE DES PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE

- ✓ La présente demande de prestation intégralement complétée et signée,
- ✓ L'ensemble des décisions ou arrêtés administratifs depuis le 1er jour d'arrêt (Plein-traitement & Demi-traitement)
- ✓ Le dernier bulletin de salaire en activité normale de service (du mois précédent l'arrêt de travail)
- ✓ Pour les agents de la Fonction Publique Hospitalière uniquement, l'attestation de fin de droits du Comité de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS)
- ✓ Le certificat médical ci-joint à compléter par votre médecin.

ADRESSE DE RETOUR

Pour une prise en charge rapide de votre demande, nous vous recommandons de nous retourner l'ensemble des documents par e-mail à l'adresse : prevoyance@mgas.fr

Vous pouvez également nous les adresser par courrier postal à l'adresse : **MGAS Prévoyance - 96 avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15**

Je m'engage à rembourser la MGAS si une décision de l'Administration me rétablit rétroactivement à plein-traitement pour les périodes indemnisées ou si j'ai perçu des prestations supérieures à mon plafond de garanties et/ou à ma perte réelle de traitement ou de salaire net. J'ai noté que la mutuelle se réserve le droit de soumettre à contrôle médical tout(e) adhérent(e) qui formule une demande ou bénéficie de prestations pour vérifier les circonstances de l'arrêt de travail. Je suis avisé que, conformément à la notice de mon contrat, mes prestations servies sont calculées à partir de l'indice brut qui a été utilisé pour le calcul des cotisations.

Je soussigné(e), _____ certifie l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Fait à _____ Le ____/____/____ Signature originale manuscrite de l'adhérent(e) :
précédée la mention «Lu et approuvé»





FORMULAIRE MÉDICAL À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN

MES COORDONNÉES

Numéro d'adhésion MGAS _____ ou n° de Sécurité sociale _____ | _____

Mme M. Nom d'usage _____ Prénom(s) _____

Nom de naissance _____

Informations personnelles vous concernant :

Adresse _____

Complément _____ Lieu-dit _____ Code postal _____

Ville / Pays _____ Téléphone _____ Portable _____

E-mail _____

Je soussigné Dr _____ atteste que l'affection en cours pour laquelle Mr / Mme _____

_____ est arrêtée depuis le : ____ / ____ / ____

Est en lien avec un arrêt antérieur, dont le 1^{er} arrêt a débuté le : ____ / ____ / ____

N'est pas en lien avec un arrêt antérieur

Fait à _____ Le ____ / ____ / ____ Signature originale manuscrite du Docteur et cachet :

