



MADAME, VOUS ATTENDEZ UN ENFANT

Vous devez effectuer la déclaration de votre grossesse auprès des organismes sociaux.

Les deux feuilles d'examen prénatal ci-après doivent être complétées par le médecin qui aura constaté votre grossesse et déterminé la date de la conception.

La première est destinée au remboursement de cette consultation médicale et des examens qui, le cas échéant, auront été prescrits.

IMPORTANT : Afin d'alléger vos démarches, la réception de cette feuille vaut demande de carnet de maternité. Nous vous invitons à l'adresser aux Caisses Sociales de Monaco dès la réalisation des examens médicaux.

La seconde feuille d'examen prénatal peut vous permettre de bénéficier d'allocations prénatales.

Outre la partie réservée au médecin, elle doit être complétée et signée par les futurs parents et adressée par l'ouvreur de droit avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse à la Caisse d'Allocations Familiales dont il relève.

Vous pouvez disposer d'une information complète sur l'ensemble des prestations servies par la C.C.S.S. et la C.A.M.T.I. en consultant notre site internet : www.caisses-sociales.mc

Une borne internet est à votre disposition dans le hall d'accueil de notre organisme.

Vous pouvez également contacter nos services :

PRESTATIONS MÉDICALES

Tél. : (+377) 93.15.44.18 de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 16h00

E-mail : prest-medicales@caisses-sociales.mc

PRESTATIONS FAMILIALES

Tél. : (+377) 93.15.43.77 de 9h30 à 12h00 et de 14h00 à 16h00

E-mail : prest-familiales@caisses-sociales.mc

Nous restons à votre disposition et vous souhaitons une agréable grossesse.

**PRESTATIONS MEDICALES FEUILLE D'EXAMEN PRENATAL**CE 1^{er} EXAMEN DOIT ETRE EFFECTUE AVANT LA FIN DU 3^{eme} MOIS DE LA GROSSESSE

Cette feuille doit être remplie et signée obligatoirement par l'assuré(e) sous sa responsabilité et adressée dans les plus brefs délais aux Caisses Sociales de Monaco, après que l'examen médical aura été effectué.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FUTURE MÈRE

Numéro d'immatriculation :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Adresse email :@

Situation de la future mère (cochez les cases correspondantes) :

- SALARIÉE SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE
- TRAVAILLEUR INDÉPENDANT CHOMEUSE (indemnisée)
- AUTRES (précisez) :

Veillez indiquer :

- Le nombre d'heures effectuées **par le/la salarié(e) ouvrier de droits** au cours du mois précédant l'envoi de cette déclaration :
- Le nombre d'enfant(s) auquel(s) la future mère a déjà donné naissance ou à charge du foyer :

Fait à, le Signature de l'ouvreur de droit

RESERVE AUX PRATICIENS

Le médecin signataire atteste :

- que Madame a suivi ce jour la consultation médicale générale et obstétricale et que les examens nécessaires ont été prescrits.
- que l'ouvreur de droit aux prestations médicales :

- a présenté sa carte d'immatriculation portant mention de la catégorie Verte Rose Bulle
- n'a pas présenté sa carte d'immatriculation, malgré la demande qui lui en a été faite

Date des actes	Actes	Honoraires payés par l'assuré(e) ou "HNP"	Signature	Cachet - Nom - Adresse
EXAMEN MEDICAL GENERAL ET OBSTETRICAL				
	 €		
Date présumée du début de la grossesse	Nombre d'enfant(s) à naître			
EXAMEN RADIOLOGIQUE				
	 €		
EXAMEN DE LABORATOIRE				
	 €		



PRESTATIONS FAMILIALES FEUILLE D'EXAMEN PRENATAL

CE 1ER EXAMEN DOIT ETRE EFFECTUE AVANT LA FIN DU 3EME MOIS DE LA GROSSESSE

Cette feuille doit être remplie et signée obligatoirement par les futurs parents sous leur responsabilité et adressée avant la fin du 3eme mois de grossesse à la Caisse d'Allocations Familiales dont l'ouvreur de droit relève, après que l'examen médical aura été effectué.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FUTURE MÈRE

Nom : Prénoms :

Adresse :

Situation familiale : marié(e) célibataire veuf(ve) séparé(e) ou divorcé(e) CVC / PACS concubinage
[] [] [] [] [] []

Nationalité.....

Numéro d'immatriculation et caisse d'affiliation.....

Nom et adresse de l'employeur (si la future mère est salariée) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FUTUR PÈRE

Nom : Prénoms :

Adresse :

Situation familiale : marié(e) célibataire veuf(ve) séparé(e) ou divorcé(e) CVC / PACS concubinage
[] [] [] [] [] []

Nationalité.....

Numéro d'immatriculation et caisse d'affiliation.....

Nom et adresse de l'employeur (si le futur père est salarié) :

Les futurs parents certifient exacts les renseignements ci-dessus.

Monaco, le

Monaco, le

Signature de la mère

Signature du père

RESERVE AU MEDECIN AYANT CONSTATE LA GROSSESSE

Table with 4 columns: EXAMEN MEDICAL GENERAL ET OBSTETRICAL, Date des actes, Signature, Cachet - Nom - Adresse. Includes a row for Date présumée du début de la grossesse.