

CERTIFICAT DE GROSSESSE
Du premier examen prénatal destiné à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale du Cameroun
CERTIFICATE OF PREGNANCY
Of the first prenatal examination intended for the National Social Insurance Fund of Cameroon

Nom de la Mère
Mother's name

Numéro de l'Allocataire
Recipient's number

ATTENTION / TAKE CARE

- L'examen doit être subi entre le troisième et le quatrième mois de la grossesse.
- *The examination must be undertaken between the third and fourth month of pregnancy.*
- Le certificat n'est valable que s'il est parvenu à la Cnps avant la fin du cinquième mois de grossesse.
- *The certificate shall be valid only if it reaches CNPS before the end of the fifth month of pregnancy*

Je soussigné,
I, the undersigned,

Docteur en médecine, Médecin; Sage-femme (1)
General practitioner, physician mid-wife (1)

certifie avoir fait subir le
hereby certify that

à Madame
Mrs.

l'examen général et l'examen obstétrical prévus par la loi.
Underwent the general and obstetrical examinations required by law.

Je certifie qu'elle est enceinte de mois, et
I certify that she is months pregnant, and

qu'elle accouchera vers le
will give birth around

Observations :
Observations :

Cachet ou nom et Adresse du Praticien
Stamp or name and address of practitioner

Signature du Praticien
Signature of practitioner

CERTIFICAT DE FRAIS MÉDICAUX DU PREMIER EXAMEN PRÉNATAL
Destiné à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale du Cameroun
CERTIFICATE OF MEDICAL EXPENSES FOR THE FIRST PRENATAL EXAMINATION
intended for the National Social Insurance Fund of Cameroon

Nom de la Mère
Mother's name

Numéro de l'Allocataire
Recipient's number

Cadre à remplir par l'Allocataire
(Rayer les mentions inutiles)
Space to be filled by the recipient
(Delete where inapplicable)

Je soussigné
I, the undersigned

1°) Certifie avoir versé la totalité des honoraires dus au titre de cet examen:
1°) Hereby certify that I have paid the total fee of this examination

- Je suis remboursé de ces frais par mon employeur
- I have been reimbursed by my employer
- Je ne suis pas remboursé de ces frais par mon employeur
- I have not been reimbursed by my employer

2°) Certifie n'avoir pas versé la totalité des honoraires dus au titre de cet examen
2°) Hereby certify that I have not paid the total fee of this examination

Honoraires versés :
Fees paid :

Date

Signature

Cadre à remplir par le Praticien ou le Centre Médical Privé
(Rayer les mentions inutiles)
Space to be filled by the Practitioner or Private Medical Centre
(Delete where inapplicable)

Le Praticien: (Médecin; Sage Femme; Responsable du Centre Médical Privé) soussigné
The General Practitioner (Physician, Mid-wife) in charge of the Private Medical Center

1°) Certifie avoir perçu la totalité des honoraires dus au titre de cet examen.
1°) Hereby certify that I have received the total fee of this examination

2°) Certifie n'avoir pas perçu la totalité des honoraires dus au titre de cet examen.
2°) Hereby certify that I have not received the total fee of this examination

Honoraires perçu :
Fees received :

Date

Signature

- ATTENTION**
- Ce certificat n'est valable que si les deux parties sont remplies et coïncident
 - *This certificate shall be valid only if the both parts are filled in and they agree*