

CERTIFICAT DE GROSSESSE

Du second examen prénatal destiné à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale du Cameroun

CERTIFICATE OF PREGNANCY

Of the second 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 établi au cours du septième ou du huitième mois de la grossesse.
The examination must be undertaken during the seventh or eighth month of pregnancy.
- Le certificat n'est valable que s'il est parvenu à la Cnps dans les douze mois suivant la date d'examen.
The certificate shall be valid only if it reaches CNPS within the twelve months following the date of examination

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 SECOND EXAMEN PRÉNATAL

Destiné à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale du Cameroun

CERTIFICATE OF MEDICAL EXPENSES FOR THE SECOND 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