

## 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 \_\_\_\_\_  
heroby 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 perçus : \_\_\_\_\_  
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