

**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*