

vous attendez un enfant

Madame,

Votre médecin ou votre sage-femme vient de vous confirmer que vous attendez un bébé.

Pour le suivi médical de votre grossesse, un carnet de santé maternité vous sera adressé par le service de protection maternelle et infantile (PMI) de votre département.

Pendant votre grossesse, vous bénéficierez notamment de :

- 7 examens médicaux obligatoires, ainsi que d'examens complémentaires systématiques,
- 1 Entretien Prénatal Précoce.

Il s'agit d'un entretien, individuel ou en couple, qui est à réaliser au début de votre grossesse par une sage-femme ou un médecin. Son objectif est de faire le point sur votre projet de naissance, vos questions et vos besoins en terme d'accompagnement pendant votre grossesse et après l'accouchement. Vous pouvez le programmer dès à présent.

- 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

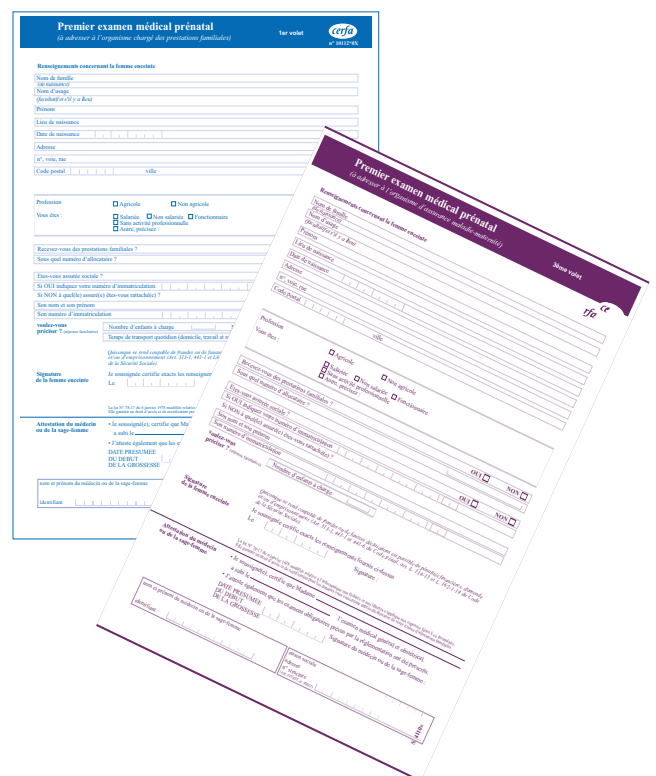
Dès la déclaration de grossesse, les examens prénatals obligatoires et les actes se rapportant à la grossesse sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, sans avance de frais (hors dépassements d'honoraires éventuels).

Vous trouverez des informations utiles sur les droits et démarches ainsi que des conseils en santé sur les sites internet suivants :

- ameli.fr
- msa.fr
- mon-enfant.fr
- agir-pour-bebe.fr

envoyez :

- Immédiatement, et au plus tard avant la fin de la 14^e semaine de grossesse, les 1^{er} et 2^{ème} volets (bleus) à l'organisme chargé de vous verser les prestations familiales.
- Le 3^{ème} volet (rose), à votre organisme d'assurance maladie, avec les feuilles de soins correspondant aux examens médicaux et de laboratoire que vous venez de passer afin d'obtenir la prise en charge du suivi de votre grossesse et de votre accouchement.



A quel organisme devez-vous adresser les 1er et 2ème volets (bleus) ?

• **Si vous recevez déjà des prestations familiales d'une CAF, d'une CMSA ou de la SNCF :**

A l'organisme qui vous verse habituellement vos prestations.

• **Si vous ne recevez pas encore de prestations familiales ou si vous recevez des prestations familiales d'un autre organisme :**

- **Vous devez tout d'abord, si vous vivez en couple, choisir lequel d'entre vous sera l'allocataire, c'est-à-dire celui au nom duquel sera ouvert votre dossier.**

Ce choix est important car l'organisme dont vous dépendrez pour les prestations familiales et à qui vous devrez adresser ces volets, est déterminé par la situation professionnelle de l'allocataire, ou par la situation du conjoint, concubin ou partenaire PACS si l'allocataire est sans activité professionnelle.

- Puis consultez le tableau ci-dessous.

SITUATION PROFESSIONNELLE		ORGANISME COMPÉTENT
de l'allocataire choisi(e)	de son conjoint, concubin ou partenaire pacs	
- salarié(e) (sauf salarié agricole ou de la SNCF) - fonctionnaire (Etat, Collectivités locales, service public hospitalier) - employeur - travailleur indépendant (sauf exploitant agricole)	quelle qu'elle soit	Caisse d'allocations familiales (CAF)
salarié(e) de la SNCF	quelle qu'elle soit	SNCF
chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, salarié(e) ou non-salarié(e) agricole (conjoint collaborateur, associé d'exploitation..)	quelle qu'elle soit	Caisse de mutualité sociale agricole (CMSA)
sans activité professionnelle (1)	- salarié(e) ou fonctionnaire - employeur - travailleur indépendant - sans activité professionnelle (1)	Caisse d'allocations familiales (CAF)
	- chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, - salarié(e) ou non-salarié(e) agricole	Caisse de mutualité sociale agricole (CMSA)

(1) Y compris les pensionnés d'invalidité et de vieillesse, ainsi que les chômeurs, sauf pour les personnes ayant eu une activité agricole qui continuent de relever de la Caisse de mutualité sociale agricole.

Pourquoi un 2e volet à l'organisme chargé des prestations familiales ?

- Pour que l'organisme chargé des prestations familiales l'adresse au service de protection maternelle et infantile (PMI) qui est chargé de la protection des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans.
- Si votre grossesse présente un besoin médical ou social particulier, et en lien avec votre médecin ou votre sage-femme, ce service peut vous proposer un accompagnement personnalisé si nécessaire.

Si vous êtes salariée, à qui pouvez-vous aussi signaler votre grossesse ?

Les conditions de travail d'une femme enceinte font l'objet d'une surveillance particulière de la part de la médecine du travail à qui vous pouvez signaler votre grossesse.

Si vous ne connaissez pas les coordonnées de votre Caisse d'allocations familiales, renseignez-vous auprès de votre mairie ou sur les site Internet "www.caf.fr" et "www.msa.fr".

Renseignements concernant la femme enceinte

Nom de famille (de naissance)	
Nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)	
Prénom	
Lieu de naissance	Date de naissance
Votre adresse	
n°, voie, rue	
Code postal	ville
Votre numéro de téléphone* *x ewmc vlt+	
Indiquez votre numéro de sécurité sociale	
Recevez-vous des prestations familiales ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
De quel organisme ?	
Sous quel numéro d'allocataire ?	

Votre activité professionnelle Agricole Non agricole
 Salariée Non salariée Fonctionnaire
 Sans activité professionnelle
 Autre, précisez :

Xoulez-vous préciser ? (réponse facultative)

Nombre d'enfants à charge	Nombre de grossesses antérieures
Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour)	

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application des arts L. 114-17 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

Signature de la femme enceinte

Je soussignée certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le _____ Signature :

Attestation du médecin ou de la sage-femme

• Je soussigné(e), certifie que Madame _____ a subi le _____ l'examen médical général et obstétrical.

• J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits.

DATE PRESUMEE DU DEBUT DE LA GROSSESSE _____ Signature du médecin ou de la sage-femme :

nom et prénom du médecin ou de la sage-femme	raison sociale
identifiant	adresse
	n° structure (AM, FINISS ou SIRET)

* Indiquer votre numéro de téléphone permettra au service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de vous joindre facilement en cas de besoin.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou son délégué à la Protection des Données.
En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

Renseignements concernant la femme enceinte

Nom de famille (de naissance)	
Nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)	
Prénom	
Lieu de naissance	Date de naissance
Votre adresse	
n°, voie, rue	
Code postal	ville
Votre numéro de téléphone* (numéro fixe)	
Indiquez votre numéro de sécurité sociale	
Recevez-vous des prestations familiales ?	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
De quel organisme ?	
Sous quel numéro d'allocataire ?	

Votre activité professionnelle Agricole Non agricole
 Salariée Non salariée Fonctionnaire
 Sans activité professionnelle
 Autre, précisez :

Xoulez-vous préciser ? (réponse facultative)

Nombre d'enfants à charge	Nombre de grossesses antérieures
Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour)	

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application des arts L. 114-17 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

Signature de la femme enceinte

Je soussignée certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le _____ Signature :

Attestation du médecin ou de la sage-femme

• Je soussigné(e), certifie que Madame _____ a subi le _____ l'examen médical général et obstétrical.

• J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits.

DATE PRESUMEE DU DEBUT DE LA GROSSESSE _____ Signature du médecin ou de la sage-femme :

nom et prénom du médecin ou de la sage-femme	raison sociale
identifiant	adresse
	n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

* Indiquer votre numéro de téléphone permettra au service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de vous joindre facilement en cas de besoin.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou son délégué à la Protection des Données.

En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

Renseignements concernant la femme enceinte

Nom de famille (de naissance)	
Nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)	
Prénom	
Lieu de naissance	Date de naissance
Votre adresse	
n°, voie, rue	
Code postal	ville
Votre numéro de téléphone* ^{03 20 00 00 00}	
Indiquez votre numéro de sécurité sociale	
Recevez-vous des prestations familiales ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
De quel organisme ?	
Sous quel numéro d'allocataire ?	

Votre activité professionnelle Agricole Non agricole
 Salariée Non salariée Fonctionnaire
 Sans activité professionnelle
 Autre, précisez :

Xoulez-vous préciser ? (réponse facultative) Nombre d'enfants à charge

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but "f" d'obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application des arts L. 114-17 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Signature de la femme enceinte

Je soussignée certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus

Le Signature :

Attestation du médecin ou de la sage-femme

• Je soussigné(e), certifie que Madame _____ a subi le _____ l'examen médical général et obstétrical.

• J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits.

DATE PRESUMEE DU DEBUT DE LA GROSSESSE Signature du médecin ou de la sage-femme :

nom et prénom du médecin ou de la sage-femme	raison sociale
identifiant <input type="text"/>	adresse
	n° structure (AM, FINESS ou SIRET) <input type="text"/>

* Indiquer votre numéro de téléphone permettra au service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de vous joindre facilement en cas de besoin.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou son délégué à la Protection des Données.
En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.