Annonce de maternité selon LAMal 64 / OAMal 105

Patiente

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA/Lieu:

Date de naiss.:

* N° Cada:

* N° de carte d'assuré s'il est connu

Assureur

GLN:

Madame,

Depuis le 1er mars 2014, vous êtes exemptée, en tant que future mère, du prélèvement par la caisse-maladie de la franchise et de la quote-part sur les prestations en cas de maladie fournies à partir de la treizième semaine de grossesse, pendant l'accouchement et jusqu'à huit semaines après l'accouchement. Les prestations en rapport avec le déroulement normal de la maternité sont déjà exonérées de toute participation de votre part dès le commencement de la grossesse.

Vous pouvez faire parvenir le présent formulaire d'annonce à votre assurance-maladie.

Date prévue d'accouchement:

☐ Terme confirmé par échographie

1er jour de la de la maternité:
(Date prévue d'accouchement moins 266 jours)

1er jour de la 13e semaine de grossesse:
(Date prévue d'accouchement moins 196 jours)

Remarques:

Médecin:

Date:

Signature:

superflue pour envoi électronique

GLN, RCC:

Mail: