

L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE

Pour compenser la perte de salaire, j'ai droit à une indemnité journalière. Pour être payé, il faut compléter le dossier avec l'attestation de salaire signé par l'employeur et le formulaire des dates de congé maternité.

NE PAS OUBLIER

Je ne dois pas oublier de faire ma déclaration de grossesse aux services des allocations familiales de la **CSSM** pour bénéficier des prestations familiales (avec ou sans conditions de ressources).

LA GROSSESSE PATHOLOGIQUE

En cas de grossesse pathologique, un repos supplémentaire de **14 jours** peut être prescrit par un médecin et pris avant le début du congé prénatal.



“ J'ATTENDS UN ENFANT



MES DÉMARCHES ET MES PRESTATIONS



☎ 02 69 61 91 91

✉ PLACE MARIAGE - 97600 MAMOUDZOU

@ pfs.cssm@css-mayotte.fr

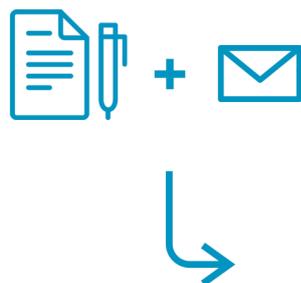
🌐 www.cssm.fr



DECLARER SA GROSSESSE AVANT LA FIN DU 1ER TRIMESTRE !

Je dois adresser le feuillet rose du document

« *premier examen prénatal* » remis par le médecin (généraliste, gynécologue ou sage-femme) à la **CSSM** avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse. Ensuite, je dois adresser à la **CSSM** les 7 feuillets des examens prénataux obligatoires.



Premier examen médical prénatal
(à adresser à l'organisme d'assurance maladie-maternité)

3ème volet  n° 10112*05

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
Etes-vous assurée sociale ? OUI NON
Si OUI indiquez votre numéro d'immatriculation
Si NON à quelle(s) assurée(s) êtes-vous rattachée ? (complétez-le(s))
Son nom et son prénom
Son numéro d'immatriculation
Son adresse
n°, voie, rue
Code postal ville
Recevez-vous des prestations familiales ? OUI NON
De quel organisme ?
Sous quel numéro d'allocation ?
Profession de l'assurée(e) agricole Non agricole
 salariée Non salariée Fonctionnaire
 Sans activité professionnelle
 Autre, précisez :
votre-vous préciser ? (réponse facultative) Nombre d'enfants à charge
Le feuillet rose, éventuellement accompagné de l'impression de l'acte de naissance ou de l'acte de mariage ou de tout autre document attestant la naissance ou le mariage, doit être adressé au service de prestations familiales, personnel (dépense facultative) dans le cadre de l'application des articles L. 114-17 et L. 114-18 de la loi de sécurité sociale. Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus.
Le _____ Signature : _____
Le feuillet rose est à joindre à l'impression de l'acte de naissance ou de l'acte de mariage ou de tout autre document attestant la naissance ou le mariage, et doit être adressé au service de prestations familiales, personnel (dépense facultative) dans le cadre de l'application des articles L. 114-17 et L. 114-18 de la loi de sécurité sociale. Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus.
Le _____ Signature : _____
Le feuillet rose est à joindre à l'impression de l'acte de naissance ou de l'acte de mariage ou de tout autre document attestant la naissance ou le mariage, et doit être adressé au service de prestations familiales, personnel (dépense facultative) dans le cadre de l'application des articles L. 114-17 et L. 114-18 de la loi de sécurité sociale. Je soussigné(e) 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 PRESUMÉE DU DÉBUT 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 _____
O.M. P.N.01 ou 00207 _____

CERFA N°10112*05

“ J'ATTENDS UN ENFANT ”

VOUS AVEZ DROIT À UN CONGÉ MATERNITÉ



QUELLE EST LA DURÉE DU CONGÉ MATERNITÉ SI JE SUIS EN ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ?

Situation de la famille au début de la période prénatale		Période prénatale	Période postnatale	Durée totale du congé
Grossesse simple	De 0 à 1 enfant à charge (ou nés viables)	6 semaines	10 semaines	16 semaines
	Au moins 2 enfants à charge (ou nés viables)	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Grossesse gémellaire		12 semaines	22 semaines	34 semaines
Grossesse de triplés ou plus		24 semaines	22 semaines	46 semaines