

Demande de prise en charge de frais de dépistage du virus Zika chez les femmes enceintes

Assurée

Nom :
Prénom :
Adresse :
Numéro d'immatriculation : _ _ _ _ _
Date présumée du début de la grossesse : _ _ _ _ _

Je soussignée [prénom et nom]
atteste sur l'honneur qu'au cours de ma grossesse :

- soit j'ai séjourné dans une zone infectée par le virus Zika et ce, depuis le 1^{er} janvier 2016,
- soit j'ai été infectée par le virus Zika, la contamination ayant été diagnostiquée par un professionnel de santé.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à [ville] le [date] _ _ _ _ _

Signature :

Votre caisse