|  |  |
| --- | --- |
| **CAISSE NATIONALE DE PREVOYANCE SOCIALE****(C.Na.P.S)****AMPEFILOHA – ANTANANARIVO****BP : 233****Site web : www.cnaps.mg** | **FANGATAHANA FANONERANA NY VOLA LANY TAMIN’NY FITERAHANA****DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX D’ACCOUCHEMENT****SUIVANT L’ARTICLE 77 DU CODE DE TRAVAIL MALAGASY** |
|  |
| **FANAMARINAN’NY MPAMPIASA – ATTESTATION DE L’EMPLOYEUR** |  |  |
|  |  |  |
|  | MATRICULE EMPLOYEUR |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ANARAN’ILAY MPAMPIASA ADIRESYNom de l’Employeur\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DIA MANAMARINA FA DIA MIASA ETO AMIKO NANOMBOKA TAMIN’NY Certifie que Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_est employé(e) à mon service depuis le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ARY NY ASANY DIA NAHATRATRA ORA, NY FOTOANA NIASANY NANDRITRA NY VOLANAEn qualité de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il (elle) a accompli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ heures de travail pendant le mois de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SONIA SY FITOMBOKA DATY  (Signature et cachet) Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **NY MIKASIKA ILAY MPANGATAKA – IDENTIFICATION DE LA REQUERANTE** |
| AnaranaNom : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
| Fanampin’anaranaPrénoms : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
| Teraka tamin’nyNé(e) le : |  tao\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Zanak’iFils ou fille de : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| SyEt de : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adiresy fonenan’ilay mpiasaAdresse du domicile du travailleur : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Anaran’ny vadinaoNom et prénoms du conjoint : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| MATRICULE TRAVAILLEUR |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| DATE D’EMBAUCHAGE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| N° C.I.N DU TRAVAILLEUR |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MATRICULE C.N.a.P.S DU CONJOINT(E) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N° C.I.N DU CONJOINT(E) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sonia na tondro-tananan’ilay MpangatakaSignature ou empreintes digitales de la Requérante |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TOERANA NAHATERAHANA – LIEU D’ACCOUCHEMENT** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **AO AN-TOKANTRANO****\_\_A DOMICILE\_\_** | **ANY AMIN’NY TRANO FITERAHANA****\_\_DANS UN CENTRE MEDICAL\_\_** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Anaran’ny Dokotera na ny MpampivelonaNom du Médecin ou de la Sage-femme :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Trano fampiterahanaCentre d’accouchement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |
|  |  |  |
| AdiresyAdresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| AdiresyAdresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Daty nidiranaDate d’entrée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| DATE DE NAISSANCE DE L’ENFANT |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Daty niterahanaDate de l’accouchement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Daty niterahanaDate de l’accouchement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Totalim-bola lany tamin’ny fiterahanaMontant de frais d’accouchement (1): Ar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Daty nialanaDate de Sortie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | MONTANT F.A |  |
|  |  |
| (1)Ampiaraho amin’ity Fangatahana ity ny taratasy fanamarinana ny vola lany tamin’ny fiterahanaJoindre à la présente demande les pièces justificatives des frais médicaux d’accouchement | Totalim-bola lany tamin’ny fiterahanaMontant des frais d’accouchement(1) : Ar.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  Sonia Fitomboky ny trano fiterahana na ny Dokotera(Signature) na ny Mpampivelona (Cachet du Centre Médical, du Médecin ou de la Sage-femme) Lazaina fa marina tsy misy fitaka Certifié Sincère et Exact  A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
|  |  |  |
|  |