



## 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 que j'ai séjourné au cours de ma grossesse dans une zone infectée par le  
virus Zika et ce, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à [ville] ..... le [date] \_ \_ \_ \_ \_

Signature :

### Votre caisse