

Vous attendez un enfant

Les contacts utiles au sein de votre Caisse :



DRP 01 / 02.07

Vous pouvez aussi consulter le site de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr

Vous venez tout juste de l'apprendre : dans quelques mois vous serez maman. Pour préparer l'arrivée de bébé en toute tranquillité, vous devez déclarer votre grossesse... cela facilitera la prise en charge de vos dépenses de santé, et le versement éventuel de vos indemnités journalières.*

COMMENT DÉCLARER VOTRE GROSSESSE

Vous devez obligatoirement informer votre Caisse d'Allocations Familiales, et votre caisse d'Assurance Maladie, avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse.

> INFORMER VOTRE CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Lorsque le médecin (ou la sage-femme) vous confirme votre grossesse, il (elle) vous remet un document en 3 volets, intitulé « **premier examen prénatal** ».

Vous envoyez les deux feuilles bleues du document (les volets 1 et 2) à votre Caisse d'Allocations Familiales (CAF).

> INFORMER VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Vous devez aussi envoyer le feuillet rose (le volet 3) de l'imprimé à votre caisse d'Assurance Maladie.

LA PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS

Visites chez le médecin, la sage-femme, échographies, examens, analyses, et hospitalisation... pendant toute votre grossesse, vous bénéficiez de la prise en charge de vos soins.

→ Pendant votre grossesse

De la déclaration de grossesse, jusqu'au 5^{ème} mois de grossesse : vos frais médicaux* sont pris en charge selon les tarifs habituels.

Du premier jour du 6^{ème} mois de grossesse au 12^{ème} jour après l'accouchement, vos frais médicaux* sont pris en charge à 100%, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale.

Pendant 9 mois, vous effectuez plusieurs visites et examens médicaux. L'objectif est de veiller au bon déroulement de votre grossesse, au bon développement du bébé, et préparer votre accouchement.

> LES SEPT VISITES PRÉNATALES

Ces visites doivent être faites auprès d'un médecin ou d'une sage-femme.

Elles sont remboursées à 100%, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, dès que la déclaration de grossesse est transmise à votre caisse d'Assurance Maladie.

La première a lieu avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse, et permet :

- de fixer la date présumée du début de grossesse,
- de déterminer votre groupe sanguin,
- de rechercher certaines maladies présentant un risque (rubéole, toxoplasmose...).

Votre médecin, ou votre sage-femme, indique la date présumée de votre début de grossesse, sur l'imprimé « **Premier examen prénatal** » que vous devez envoyer à votre caisse d'Assurance Maladie, et à votre Caisse d'Allocations Familiales (voir le détail dans « comment déclarer votre grossesse »).

Les 6 autres ont lieu tous les mois entre le 4^{ème} mois et l'accouchement.

> LES ÉCHOGRAPHIES

3 échographies sont prévues, pour vérifier le bon déroulement de votre grossesse.

Mais si votre état de santé (ou celui du bébé) le nécessite, le médecin peut vous prescrire des échographies supplémentaires.

Les échographies sont remboursées à 70 % jusqu'au 5^{ème} mois de grossesse (inclus), et à 100 %, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale à partir du 6^{ème} mois.

> LA RECHERCHE DE MALADIES GÉNÉTIQUES ÉVENTUELLES

Ces examens (amniocentèse et caryotype fœtal) sont proposés à certaines femmes dont la grossesse est « à risques ».

Ils sont entièrement pris en charge, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale.

Mais, votre médecin doit d'abord demander l'accord du service du contrôle médical de votre caisse, en envoyant une demande d'entente préalable*.

> LES 8 SÉANCES DE PRÉPARATION À LA NAISSANCE

Ces séances, non obligatoires, sont prises en charge à 100%, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale.

Elles vous permettent de vous préparer à la naissance (exercices musculaires et de respiration, informations générales sur la naissance...).

→ Au moment de l'accouchement

> L'HOSPITALISATION

Les honoraires d'accouchement et des frais de séjour à l'hôpital (ou en clinique conventionnée) sont pris en charge à 100% dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, et dans la limite de 12 jours d'hospitalisation.

> LA PÉRIDURALE

Elle est prise en charge à 100% dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale.

→ Après la naissance de bébé

> LE DÉPISTAGE DE MALADIES D'ORIGINE GÉNÉTIQUE

Pendant votre séjour à la maternité, quelques gouttes de sang sont prélevées sur le talon de votre bébé.

Ce dépistage précoce permet de mieux prendre en charge certaines maladies d'origine génétique.

Il est entièrement financé par l'Assurance Maladie.

> L'EXAMEN CLINIQUE POSTNATAL DE LA MAMAN

Réalisé par votre médecin ou votre sage-femme, dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement, il est pris en charge à 100%, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale.

Au cours de cet examen, des séances de rééducation du périnée, pelvi-rachidienne, et de la sangle abdominale peuvent vous être prescrites. Elles seront effectuées par un masseur-kinésithérapeute. Votre sage-femme peut également réaliser les séances de rééducation du périnée.

Ces séances sont prises en charge à 100%, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, à condition d'envoyer, au service du contrôle médical, la demande d'entente préalable* remplie par votre masseur-kinésithérapeute (ou votre sage-femme), et la prescription de votre médecin.

> LES SOINS À DOMICILE

Quand vous sortez de la maternité, vous pouvez bénéficier d'un suivi à domicile par votre médecin ou votre sage-femme.

Ces soins sont pris en charge à 100%, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, pendant les 12 jours qui suivent votre accouchement.

Si vous avez une complémentaire santé, elle peut vous rembourser, tout ou partie, des dépenses de santé qui ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie.

VOTRE CONGÉ MATERNITÉ

La durée de votre congé maternité est variable. Elle dépend du nombre d'enfants déjà à la charge du ménage, et du nombre d'enfants que vous attendez. Pendant cette période vous pouvez percevoir des indemnités journalières*.

> L'ORGANISATION DU CONGÉ MATERNITÉ

Il se divise en deux temps :

- le congé prénatal (avant l'accouchement), et
- le congé postnatal (après l'accouchement).

> LA DURÉE DU CONGÉ MATERNITÉ

La situation de votre ménage avant la naissance	Naissance	Congé prénatal (avant la naissance)	Congé postnatal (après la naissance)	Total
Pas d'enfant ou Un seul enfant	1 enfant	6 semaines (42 jours)	10 semaines (70 jours)	16 semaines (112 jours)
Au moins 2 enfants nés viables	1 enfant	8 semaines (56 jours)	18 semaines (126 jours)	26 semaines (182 jours)
0, 1, 2, 3 enfants ou plus	Jumeaux	12 semaines (84 jours)	22 semaines (154 jours)	34 semaines (238 jours)
	Triplés ou plus	24 semaines (168 jours)	22 semaines (154 jours)	46 semaines (322 jours)

> LE REPOS SUPPLÉMENTAIRE

Avant le congé prénatal, un repos supplémentaire de deux semaines maximum (14 jours), peut vous être accordé, si le médecin juge que votre état de santé le nécessite et vous le prescrit.

> L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Si vous accouchez plus de 6 semaines avant la date prévue, la durée de votre congé maternité peut être allongée sous certaines conditions. Renseignez vous auprès de votre caisse d'Assurance Maladie.

> L'ACCOUCHEMENT TARDIF

Si vous accouchez après la date prévue, votre congé prénatal est prolongé jusqu'à la date de l'accouchement. La durée de votre congé postnatal reste la même.

Pour en bénéficier, n'oubliez pas d'envoyer le certificat d'accouchement à votre caisse d'Assurance Maladie.

> EN CAS D'HOSPITALISATION DU BÉBÉ

Si votre bébé est hospitalisé plus de 6 semaines pendant votre congé postnatal, vous pouvez reprendre votre travail pendant la durée de son hospitalisation.

Vous pouvez ensuite prendre la fin de votre congé postnatal, à partir du jour où il quitte l'hôpital.

> LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES *

Si vous êtes assurée au régime général de l'Assurance Maladie, vous devez vous arrêter de travailler au moins 8 semaines pour percevoir des indemnités journalières*.

Pour en bénéficier, vous devez remplir certaines conditions (montant de cotisations, nombre d'heures travaillées).

Ces indemnités journalières* ne peuvent pas dépasser un plafond fixé par la loi.

Si vous êtes à la recherche d'un emploi, vous pouvez bénéficier d'un congé maternité, et des indemnités journalières*, mais sous certaines conditions. Renseignez-vous auprès de votre Caisse d'Assurance Maladie.

LE CONGÉ PATERNITÉ

Le père de votre enfant peut bénéficier d'un congé paternité de 11 jours consécutifs maximum (18 jours en cas de naissance multiple). Il doit débuter dans les quatre mois qui suivent la naissance.

Pour en savoir plus sur le congé paternité, vous pouvez consulter le dépliant : « **Votre congé paternité** ».

Une fois bébé arrivé, n'oubliez pas d'informer la caisse d'Assurance Maladie de sa naissance. Cela permet à votre enfant de bénéficier d'une prise en charge de ses soins. Il vous suffit d'envoyer une photocopie de votre livret de famille ou un extrait d'acte de naissance, et le formulaire de demande de rattachement disponible dans votre caisse ou sur www.ameli.fr rubrique « formulaires » (formulaire n° S3126a). N'oubliez pas non plus de mettre à jour votre carte Vitale.

LEXIQUE

***Entente préalable** : pour être pris en charge, certains actes ou soins médicaux nécessitent l'accord préalable du service du contrôle médical (séances de kinésithérapie, transports, certains soins dentaires...). Elle est établie par le médecin ou l'auxiliaire médical.

***Frais médicaux** : frais engagés pour des soins (médicaments, consultations chez le médecin, séjour à l'hôpital, analyses...).

***Indemnités journalières** : sommes versées pour compenser la perte de salaire, pendant un arrêt de travail, en cas de maladie, de maternité, de paternité, d'accident du travail, ou de maladie professionnelle.