Joindre le BVAC nominatif

part&namut
Cultivons votre santé

Avantages Partenamut
Demande d'intervention

VITAMINES DE GROSSESSE

COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscules ou coller une vignette d'identification)

N° d'affiliation : ----------

Nom : ----------

Prénom : ----------

Adresse : ----------

CP et Localité : ----------

Apposer ici une vignette de la mutualité

A REMPLIR PAR LE/LA GYNECOLOGUE

Je soussigné(e), ----------

gynécologue, atteste par la présente avoir prescrit à

---------- (Nom et Prénom du bénéficiaire)

La vitamine de grossesse suivante : ----------

Date d'accouchement présumée : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Date

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Signature du gynécologue

Cachet du gynécologue

Pour bénéficier de cet avantage, il faut être inscrit(e) et en règle de cotisations aux Avantages Partenamut. Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire à la date de la prestation. Les conditions actuelles d'intervention pour cet avantage sont consultables sur notre site via le lien https://www.partenamut.be/fr/remboursements-avantages/maternite-et-adoption/vitamines-de-grossesse ou en scannant le QR-code.

Partenamut - N° entreprise 0411.815.280 (loi du 06 août 1990) - Boulevard Louis Mettewie 74/76 - 1080 Bruxelles

A509GT0161000000000000000000000000A