



Avantages Partenamut Demande d'intervention

VITAMINES DE GROSSESSE COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscules ou coller une vignette d'identification) N° d'affiliation :	
Prénom :	A manager in it was view of the dealer result valid to
Adresse :	Apposer ici une vignette de la mutualité
CP et Localité :	
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.



