

**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.

