



Afin de bénéficier de ce remboursement, merci de renvoyer ce document complété à votre mutualité. Vous pouvez aussi l'envoyer par mail à infofr@mutplus.be

Toutes nos adresses sont disponibles sur le site www.mutplus.be ou via notre code QR



Prime d'allaitement

Vos données	
Nom et prénom	
Adresse	
Adresse e-mail	

A compléter par le médecin traitant, le collaborateur de l'ONE ou la sage-femme

Je soussigné(e), déclare que la personne susmentionnée a allaité

Nom du 1er enfant	
Nom du 2ème enfant	
Nom du 3ème enfant	
Né(s) le	

Depuis la date de naissance du/des enfants **jusqu'au** _____

Date: _____

Signature ou cachet du médecin, collaborateur ONE ou sage-femme: