Place de la Reine 51-52
1030 Bruxelles
T 02 209 48 11
F 02 219 01 54
www.ml.be
info@mutplus.be

ALLAITEMENT

Afin de pouvoir bénéficier de cette intervention, veuillez remettre ce document dûment complété à votre mutualité

Collez votre vignette ici

A compléter par le médecin traitant

Je, soussigné(e) ……..……, docteur en médecine, confirme que la dame précitée a allaité à partir de la date de la naissance jusqu'au ...../……/..... (jj/mm/aaaa)*

Par grossesse	**Nom de l'enfant**	**Date de naissance**
1er enfant		____ /____/_____
2e enfant (jumeaux)		____ /____/_____
3e enfant (triplés)		____ /____/_____

Date : …..../……../….....

Cachet et signature du médecin :

** Une intervention de 125 € est accordée par période de 2 mois. Cette intervention peut être octroyée pour un maximum de 3 périodes successives d'allaitement (chaque fois 2 mois). L'intervention ne peut pas dépasser 375 €.*