Liège-Luxembourg

Afin de bénéficier du remboursement, vous devez remplir ce formulaire, le transmettre à votre mutualité et être en ordre de cotisations.
Retrouvez les adresses et horaires de nos agences sur **www.ml.be** ou en scannant le QR-code.
Vous pouvez également l'envoyer par mail à l'adresse **contact414@ml.be**

Test du sommeil pour les nourrissons

Vos données	
Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse e-mail	

A remplir par le médecin

Je soussigné Dr. _____ avoir effectué en date

du ____ / ____ / _____ un test du sommeil pour écarter le risque de mort-subite du nourrisson.

Nom, adresse et/ou cachet du médecin traitant

Date: ____ / ____ / _____

Signature du médecin :