

MOYENS CONTRACEPTIFS

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

Je soussigné(e), docteur en médecine pharmacien(ne)

atteste par la présente avoir délivré à

nom, prénom :

le moyen contraceptif suivant (*)

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stérilet | <input type="checkbox"/> Diaphragme | <input type="checkbox"/> Préservatif (M/F) |
| <input type="checkbox"/> Implant | <input type="checkbox"/> Anneau vaginal | <input type="checkbox"/> Injection contraceptive |
| <input type="checkbox"/> Pilule | <input type="checkbox"/> Patch | |

(*) cocher la case correspondante

Dénomination du moyen contraceptif :

Date de la fourniture / /

Montant payé , €

Signature du médecin / pharmacien(ne)

Cachet du médecin / pharmacien(ne)

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 fourniture.
Les conditions actuelles d'intervention pour cet avantage sont consultables sur notre site via le lien
<https://www.partenamut.be/fr/remboursements-avantages/contraception> ou en scannant le QR-code.

