part&namut
Cultivons votre santé

Avantages Partenamut
Demande d'intervention

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 (*)

☐ Stérilet ☐ Diaphragme ☐ Préservatif (M/F)

☐ Implant ☐ Anneau vaginal ☐ Injection contraceptive

☐ Pilule ☐ 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.

Partenamut - N° entreprise 0411.815.280 (loi du 06 août 1990) - Boulevard Louis Mettewie 74/76 - 1080 Bruxelles

A509GT0801000000000000000000000000A