part&namut
Cultivons votre santé

Avantages Partenamut
Demande d'intervention

AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

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

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e), ----------, docteur en médecine, déclare avoir prescrit

- nom du médicament : ----------
- nom du substitut nicotinique : ----------

ceci dans le cadre de l'aide et du suivi de la démarche d'arrêt tabagique de mon(ma) patient(e).

Nom et prénom du(de la) patient(e) : ----------

Date

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Signature

Cachet du médecin

A REMPLIR PAR LE/LA PHARMACIEN(NE)

Date	Nom du produit	Montant payé	Cachet et signature
..... / ..... /		..... , ... €	
..... / ..... /		..... , ... €	
..... / ..... /		..... , ... €	
..... / ..... /		..... , ... €	
..... / ..... /		..... , ... €	

Aucune intervention n'est accordée pour la cigarette électronique.

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/sevrage-tabagique ou en scannant le QR-code.

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

A509GT0751000000000000000000000000A