



COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national: _____

N° d'affiliation: _____

Nom: _____

Prénom: _____

Rue: _____

Code Postal: _____ Localité: _____

apposer ici une vignette de la mutualité

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné, _____, 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 patient.

Nom et prénom du patient: _____

Date Signature Cachet du médecin

A REMPLIR PAR LE PHARMACIEN

| Date | NOM DU PRODUIT | MONTANT | SIGNATURE & CACHET DU PHARMACIEN |
|------|----------------|---------|----------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

L'intervention de maximum 50 €an, médicaments et substituts nicotiniques confondus, ne peut être obtenue que si le produit est prescrit par un médecin et délivré en pharmacie. Aucune intervention n'est accordée pour la cigarette électronique.

Pour bénéficier de cet avantage, le bénéficiaire doit être en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2019.

Partenamut - N° entreprise 0411.815.280 (loi du 6 août 1990)



GT07511D0000001061305600