

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

JE SOUSSIGNE(E), **DOCTEUR EN MEDECINE** **PHARMACIEN**

atteste par la présente avoir délivré à la bénéficiaire:

Nom, Prénom: _____

Date de naissance: _____ / _____ / _____

Le moyen contraceptif suivant (*)

- Stérilet Diaphragme Autre
 Implant Anneau vaginal
 Pilule Patch

(*) cocher la case correspondante

Date de l'intervention:

Dénomination du moyen contraceptif: _____

Montant payé: , €

Date

Signature du médecin/pharmacie

Cachet du médecin/pharmacie

L'intervention est limitée à un montant annuel maximum de 40 € y compris les moyens contraceptifs délivrés en pharmacie.

Dans le cadre de la pose d'un stérilet ou d'un implant contraceptif, l'intervention est limitée à 120 € tous les 3 ans.

Le montant de l'intervention est limité à la quote-part restant à charge du bénéficiaire après intervention éventuelle de l'Assurance Obligatoire.

Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié(e) doit être en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2020.

