



## AVANTAGE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

### Contraception (le stérilet et l'implant contraceptif)

Bénéficiaire	
Adresse	
N° d'affiliation	D.N.

#### Conditions d'intervention

*Pour avoir droit à l'intervention, l'affilié doit être en règle de cotisations de l'assurance complémentaire, jusqu'à l'âge de 30 ans inclus.*

*L'intervention est égale au prix public officiel avec un maximum 90 EUR sans pour autant dépasser le montant restant à charge du bénéficiaire et est due une fois par période de 3 ans.*

*Seuls les statuts déterminent les droits et obligations des membres et ceux de la mutualité.*

<u>A compléter par le pharmacien</u>	
Le/la soussigné(e) .....	(cachet du pharmacien)
déclare avoir délivré un des moyens contraceptifs précités à la personne mentionnée ci-dessus.	
Code produit: .....	
Montant payé : .....	
Date : .....	Signature du pharmacien, .....