



## AVANTAGE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

### Vaccin contre le cancer du col de l'utérus

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.*

*Dans le cadre de l'assurance complémentaire, notre mutualité accorde une intervention pour les bénéficiaires âgées de 12 à 18 ans inclus. L'intervention de l'assurance complémentaire (max. 150 EUR) peut être cumulée avec celle prévue par l'assurance maladie-invalidité. Elle ne peut dépasser le montant à charge du bénéficiaire.*

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

#### A compléter par le pharmacien ou le médecin

Le/la soussigné(e) .....  
(cachet du pharmacien ou du médecin)

déclare avoir délivré un vaccin contre le cancer du col de l'utérus,  
code produit ..... à la personne mentionnée.

#	Date	Prix	Signature du pharmacien - du médecin
1			
2			
3			