

# INTERVENTION > Contraception

## A compléter par le bénéficiaire

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

Compte :    -       -

Domaine d'intervention  
Cochez la/les case(s) correspondante(s)

Pilule : 845

Anneau vaginal : 845

Patch : 845

Stérilet : 846

Injection : 845

Implant : 846

Signature \_\_\_\_\_

Pour que ce document soit valable, il doit être complété et signé par le bénéficiaire. Il doit être accompagné de l'attestation légale remise par votre pharmacien pour un remboursement dans le cadre de l'Assurance Complémentaire.

**\*\*Pour les stérilets, implants ou contraceptifs injectables, le document doit être complété par le médecin qui a délivré le moyen contraceptif.**

Date de l'intervention :   -   -

Délivrance du moyen contraceptif pour un montant de ..... euros

Dénomination du moyen contraceptif : .....

Signature du médecin

Cachet du médecin

Pour obtenir un remboursement, vous devez **OBLIGATOIREMENT** coller ici votre vignette rose de mutuelle.

Mutualité Socialiste du Brabant Wallon  
Chaussée de Mons 228, 1480 TUBIZE  
Service Assurance complémentaire > Tél.: 02/391 09 78 > Fax : 02/391 09 48

La Mutualité Socialiste 

LA FORCE DE LA SOLIDARITÉ