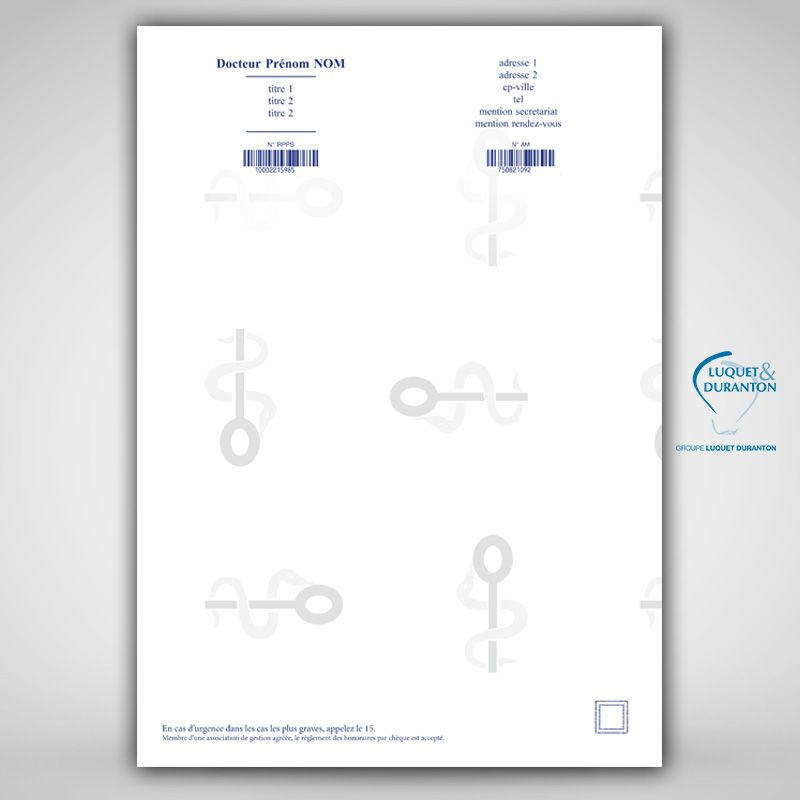


Prescription de contraceptif oral remboursable par l’Assurance Maladie – **MAJEURE**



Lieu, date

Nom Prénom : ……………………………………….……

Date de naissance : …………….…………………

🞏 **COC de 2ème génération à l’exception de Seasonique ®**

**Pour toute prescription de pilule contraceptive datant de moins d’un an, un renouvellement, pour une durée supplémentaire de 6 mois maximum, peut être fait dans les conditions suivantes :** Noter ”Dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux” sur l’original de l’ordonnance + durée du renouvellement (Maxi 3 mois en une fois)

Pour en savoir plus, aller sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr)

Tampon et signature