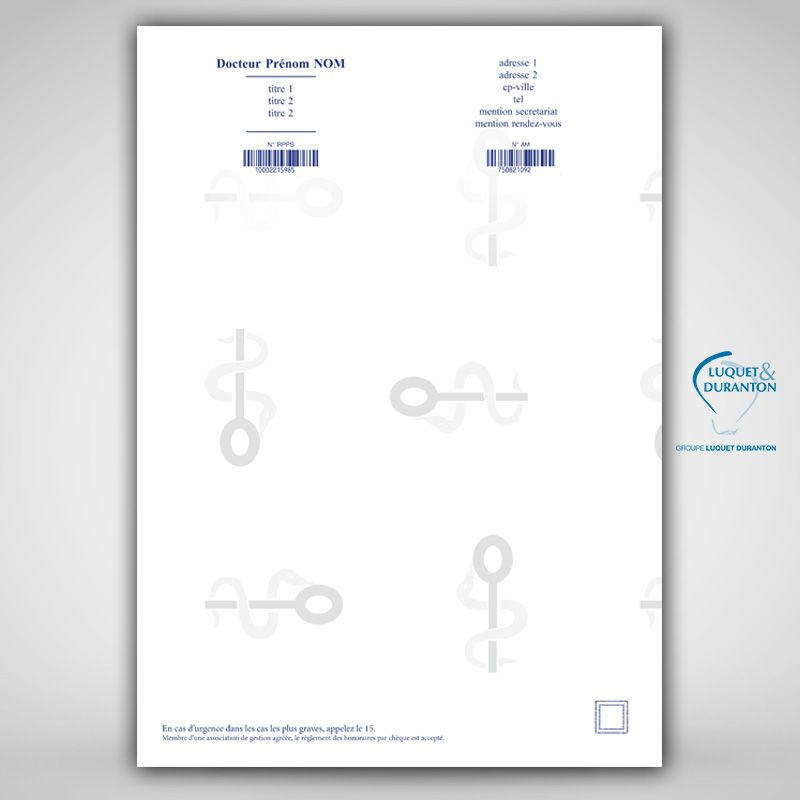


Prescription de contraceptif oral remboursable par l’Assurance Maladie – **MINEURE**



Lieu, date

Nom Prénom : ……………………………………….……

Date de naissance : …………….…………………

**Modalités de délivrance des contraceptifs remboursables aux mineures sans limite d’âge inférieure :**

* **Demande le secret** ou **impossibilité de présenter sa carte Vitale ou son attestation de droits** :
  + **NIR anonyme spécifique « contraception mineures »** : **2 55 55 55 CCC 042 XX**
  + Date de naissance exacte de la jeune fille
  + Code **EXO 3**
  + Facture en télétransmission Sesam sans Vitale
* **Ne demande pas le secret :**
  + **NIR de sa carte Vitale ou de son attestation de droits**
  + Code **EXO 3**

Pour plus d’informations : <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/contraception/delivrance-contraception#text_14037>

**Demande de secret ? 🞏 Oui 🞏 Non**

🞏 **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