



## AVANTAGE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

### IVF (fécondation in vitro)

Bénéficiaire	
Adresse	
N° d'affiliation	D.N.

#### Conditions d'intervention

*Pour avoir droit à l'intervention, l'affiliée doit être en règle de cotisations de l'assurance complémentaire.*

*L'intervention unique est fixée à 500 EUR sans pour autant dépasser le montant restant à charge de la bénéficiaire.*

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

#### A compléter par le médecin

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

responsable médical du centre IVF mentionné ci-après, agréé à cet effet par les autorités  
publiques .....  
(dénomination, adresse & sceau établissement)

déclare que la personne mentionnée ci-dessus a suivi le traitement complet IVF et que la  
somme de .....EUR restant à sa charge lui a été facturée.

Date : ..... Signature du médecin, .....