



AVANTAGE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

FIV (fécondation in vitro)

Bénéficiaire :

Adresse :

N° d'affiliation :

N.I.S.S. :

Conditions d'intervention

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

L'intervention unique est fixée à 500,00 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 FIV mentionné ci-après, agréé à cet effet par les autorités publiques

.....

(dénomination et adresse de l'établissement)

déclare que la personne mentionnée ci-dessus a suivi le traitement complet FIV et que la somme

de EUR restant à sa charge lui a été facturée.

Date :

Signature du médecin
et cachet de l'établissement