



## AVANTAGE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

### ICSI (injection intra-cytoplasmique de sperme)

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 700,00 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.*

<u>A compléter par le médecin</u>	
Le/la soussigné(e) .....	(cachet du médecin)
responsable médical du centre ICSI 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 ICSI et que la somme de ..... EUR restant à sa charge lui a été facturée.	
Date : .....	Signature du médecin ..... et cachet de l'établissement