



AVANTAGE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

THÉRAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE DE GROUPE EN CAS DE DIFFICULTÉS D'ENDORMISSEMENT ET DE TROUBLES DU SOMMEIL

Bénéficiaire :

Adresse :

N° d'affiliation :

N.I.S.S. :

Conditions d'intervention

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

Une intervention unique de 100,00 EUR à partir du 1^{er} janvier 2017 (sans pour autant dépasser le montant à charge du bénéficiaire) est prévue pour le traitement par thérapie cognitive et comportementale de groupe en cas de difficultés d'endormissement et de troubles du sommeil.

Le traitement comprend minimum six sessions et doit être suivi dans un centre du sommeil relié à un hôpital.

A compléter par le dispensateur lié au centre du sommeil de l'hôpital

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

déclare que :

Nom et prénom :

Date de naissance :

a suivi complètement le traitement et l'a terminé.

Dates des sessions : 1)/...../..... 2)/...../.....

3)/...../..... 4)/...../.....

5)/...../..... 6)/...../.....

Les frais pour les sessions s'élèvent à : EUR

Date :/...../..... Signature du médecin traitant lié au centre du sommeil de l'hôpital

.....