

## 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.*

#### A compléter par le médecin

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