

## 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<sup>er</sup> 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

.....