

COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Je soussigné, docteur en médecine déclare avoir prescrit/effectué en date du

--	--	--	--	--	--	--	--

un examen et/ou une consultation liés au dépistage d'un "burn out" (syndrome d'épuisement professionnel).

Les examens et/ou consultations seront/ont été réalisés :

- à la Clinique du Stress du CHU Brugman
- à l'Université de Liège
- au Réseau Multidisciplinaire du Suivi et Prévention de la Souffrance au Travail
- à la Clinique de la Gestion du Stress et du Burn-out du Domaine ULB-Erasme

Date

Signature du médecin

Cachet du médecin

--	--	--	--	--	--	--	--

--

--

L'intervention s'élève à 25 €/ vie pour l'ensemble des consultations ou examens liés au dépistage d'un "burn out".

L'intervention se limite aux examens et analyses prescrits par un médecin et réalisés dans un centre spécialisé dans le diagnostic du "burn out" (Clinique du stress du CHU Brugmann, Université de Liège, Réseau Multidisciplinaire du Suivi et Prévention de la Souffrance au Travail, Clinique de la Gestion du Stress et du Burn-out du Domaine ULB-Erasme).

Pour bénéficier de cet avantage, il faut être inscrit(e) et en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2019.

