

BURN-OUT

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

N° d'affiliation :
 Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 CP et Localité :

Apposer ici une vignette de la mutualité

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Je soussigné(e), docteur en médecine déclare avoir prescrit/effectué en date du [] [] / [] [] / [] [] [] []
 un examen et/ou une consultation lié(s) 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

(*) *Cocher la case correspondante*

Signature du médecin

Cachet du médecin

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 à la date de la prestation. Les conditions actuelles d'intervention pour cet avantage sont consultables sur notre site via le lien <https://www.partenamut.be/fr/remboursements-avantages/depistage-prevention> ou en scannant le QR-code.

