

**ACCOMPAGNEMENT DANS LA REPRISE DU TRAVAIL POST CANCER**

**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/LA COACH**

Je soussigné(e), .....

ayant suivi la formation d'onco-coaching dispensée par la fondation contre le Cancer, déclare avoir réalisé une consultation à :

..... (Nom et Prénom du bénéficiaire)

en date du / /  dans le cadre d'un accompagnement à la reprise au travail,

d'un montant de :  ,  €

Date

/ /

*Signature de l'Onco-Coach*

*Cachet de l'Onco-Coach*

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/maladies-lourdes-ou-chroniques/coaching-reprise-travail-cancer> ou en scannant le QR-code.

