PLAN DE TRAITEMENT CANCER

A remplir par le prestataire de soins et à renvoyer à votre mutualité à l'attention du médecin attaché au service médical de MLOZ Insurance au plus tard un an après la fin du traitement oncologique

Attention : La demande d'octroi de la Garantie Cancer doit être accordée préalablement/simultanément à ce plan de traitement.

A remplir par le prestataire

Je soussigné(e) :

Nom du prestataire : . . . . . .

N° INAMI : . . . . . .

Téléphone : . . . . . .

E-mail : . . . . . .

Certifie avoir examiné ce patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro externe :

Apposez ici une vignette de la mutualité

Ce patient présente une pathologie dentaire et/ou parodontale liée directement à son cancer et/ou au traitement suivi dans le cadre de ce cancer. La prise en charge de cette pathologie est dès lors nécessaire.

☐ au niveau dentaire * : . . . . . .

☐ au niveau parodontal * : . . . . . .

☐ autre * : . . . . . .

(* merci de spécifier la nature des pathologies)

(suite à la page suivante)

Partenamut (N° Entreprise 411.815.280), agent d'assurances (n° OCM 5003c) pour "MLOZ Insurance", la SMA des Mutualités Libres (pour les branches 2 et 18), route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles, RPM Bruxelles, (422.189.629. n° OCM 750/01)

A509G020310000000000000000000000A

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Le traitement suivant est en cours ou envisagé ** :

Type de traitement	Détail du traitement	N° ou nombre de dents	Honoraires estimés
Traitement préventif			
Radiologie			
Traitement de parodontologie			
Traitement curatif - Extraction - Soins dentaires			
Traitement prothétique - Amovible - Fixe			
Autres : - -			

(** merci de spécifier la nature des soins)

Je joins l'iconographie radiographique et photographique correspondante.

Durée estimée du traitement : du . . . . . au . . . . . .

Date : . . . . . Signature et cachet du prestataire :

MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (Helan Onafhankelijk Ziekenfonds - Freie Krankenkasse - Partenamut).
Agréé sous le code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales de mutualités.
Siège social : route de Lennik 788A, 1070 Anderlecht - Belgique (RPM Bruxelles) - www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (RGPD), vos données seront traitées par la SMA MLOZ Insurance, qui agit en tant que responsable de traitement et par votre mutualité, en tant qu'agent et sous-traitant de cette dernière, pour la gestion de vos contrats d'assurance. Notre politique en matière de vie privée ('Disclaimer') est disponible via le lien suivant : https://www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance ou sur demande par courrier.