Demande d'intervention pour des soins urgents recus lors d'un sejour temporaire a l'etranger

helan
Mutualité libre

Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale ou envoyez-le à :

Helan Mutualité libre
Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk

Davantage d'informations : **www.helan.be**

Afin de permettre le traitement de la demande, le document doit être dûment complété et signé. Un dossier par bénéficiaire, par pays et par séjour. **Seules les factures originales accompagnées des preuves de paiement seront acceptées.**

Coordonnées du client ou vignette

Vignette

Pour une personne à charge (conjoint, enfant, cohabitant,...), indiquez la nationalité du titulaire à charge duquel elle est inscrite.

1. Avez-vous joint vos preuves de paiement ? ☐ OUI ☐ NON

2.1 Dans quel pays l'événement/la maladie/l'accident a-t-il/elle eu lieu ? .....

2.2 Dans quel pays les soins ont-ils été effectués ? .....

2.3 Quel(le) est le motif de votre séjour à l'étranger ? (vacances, long séjour, études, détachement, ...)[1]

.....

2.4 Quelles sont les dates exactes de votre séjour ? Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

[1] En cas de détachement, il y a lieu de joindre une attestation de l'employeur à la demande d'intervention

3.1 Quel est le motif des soins reçus à l'étranger ?
(intoxication alimentaire, accident de voiture,chute ...)

.....

3.2 A quelle date les premiers soins ont-ils été reçus ? Le ..... / ..... / .....

3.3 S'agit-il de soins urgents imprévus ? ☐ OUI ☐ NON

3.4 S'agit-il d'un traitement médical ayant débuté en Belgique et devant être continué pendant votre séjour ? ☐ OUI ☐ NON

3.5 S'agit-il d'un accident de sports d'hiver ? ☐ OUI ☐ NON

3.6 Avez-vous été hospitalisé au moins une nuit ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, veuillez préciser la période d'hospitalisation et joindre le rapport médical. Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

4. Avez-vous une autre assurance voyage, couvrant les soins médicaux pendant votre séjour à l'étranger (Ethias, Europ-assistance, AXA, Touring Assistance...) ☐ OUI ☐ NON

Si **OUI**, veuillez préciser le nom de cette assurance[2] : .....

[2] e information nous servira à vous fournir un décompte destiné à votre compagnie d'assurance

Cette déclaration sur l'honneur doit être dûment complétée et signée par la personne qui a reçu les soins (bénéficiaire) ou toute autre personne mandatée à signer pour le compte du bénéficiaire des soins.

Toute déclaration fautive ou incomplète, intentionnelle ou non, peut entraîner le non-paiement des interventions voire la récupération de celles-ci à charge du titulaire.

En application de la Directive Européenne 2011/24, lorsque les dispositions du Règlement Européen 883/2004 ne sont pas d'application, il sera vérifié si les soins médicaux peuvent être remboursés sur base des conditions et tarifs belges.

Date et signature de l'assuré (ou du titulaire pour un enfant)

A526G0003100000000000000000000000A