

Intervention diététique en cas de maladie grave ou chronique



Comment demander ce remboursement ?

Grâce à **Mon Helan**, votre mutualité en ligne ou à l'**appli de Helan Mutualité libre** : prenez une photo ou un scan du formulaire complété et demandez votre remboursement de manière numérique.

Par courrier adressé à Helan Mutualité libre, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.

Attention ! Cet avantage ne peut être demandé que pour les séances effectuées avant le 1/1/2021.

Helan Mutualité libre

accorde une intervention de 10 euros par séance/consultation, jusqu'à concurrence de 12 séances/consultations chaque 2 années calendrier chez un/une diététicien(ne) agréé(e).

Qui peut en bénéficier ?

- Les personnes qui ont bénéficié de séances effectuées avant le 1/1/2021.
- Les personnes souffrant d'une maladie grave ou chronique.

Que faire pour en bénéficier ?

- Collez une vignette de la personne qui a suivi le traitement de diététique.
- Faites compléter et signer ce document par votre médecin traitant, ou joignez-y une prescription médicale (Valable 6 mois à partir de la date de prescription).
- Faites compléter et signer ce document par un/une diététicien(ne) agréé(e).

Vignette ou coordonnées du client

Vignette

A compléter par le médecin traitant

Je confirme par la présente que :

souffre de la maladie chronique mentionnée ci-dessous :

- | | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> affections du métabolisme | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> amputations | |
| <input type="checkbox"/> anorexie | <input type="checkbox"/> asthme / bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) | <input type="checkbox"/> athérosclérose | <input type="checkbox"/> boulimie | |
| <input type="checkbox"/> brûlures | <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> Covid-19 | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob | <input type="checkbox"/> Crohn |
| <input type="checkbox"/> démence vasculaire | <input type="checkbox"/> dépression | <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> douleurs chroniques | |
| <input type="checkbox"/> épilepsie | <input type="checkbox"/> handicaps visuels | <input type="checkbox"/> Huntington | <input type="checkbox"/> hyperlipidémie / hypercholestérolémie | <input type="checkbox"/> hypertension |
| <input type="checkbox"/> maladies rénales | <input type="checkbox"/> mucovisidose | <input type="checkbox"/> obésité | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> schizophrénie |
| <input type="checkbox"/> sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> troubles auditifs | <input type="checkbox"/> troubles du spectre autistique | | |
| <input type="checkbox"/> troubles musculo-squelettiques | | | | |

Date :

Cachet et/ou signature du médecin traitant :



GT05511D0000000689257100

A remplir par le/la diététicien(ne) agréé(e)

Je soussigné(e), diététicien(ne) agréé(e), _____

déclare avoir traité : _____

aux dates suivantes :

date	honoraires
1. / /	
2. / /	
3. / /	
4. / /	

date	honoraires
5. / /	
6. / /	
7. / /	
8. / /	

Date : / /

Cachet et/ou signature :

Code de nomenclatures : 4 premières séances : **809093** ; séances complémentaires : **809104**