

Tegemoetkomingsaanvraag preventie en opsporing



Hoe vraag je deze terugbetaling aan?

Via Mijn Helan, jouw online ziekenfonds of de Helan Onafhankelijk ziekenfonds app: neem een foto of scan van het ingevulde formulier en vraag je terugbetaling digitaal aan.

Per post naar Helan Onafhankelijk ziekenfonds, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk

Helan Onafhankelijk ziekenfonds

voorziet een tegemoetkoming van 10 euro voor een preventief onderzoek van allergieën, cardiovasculaire ziektes, aandoeningen van de luchtwegen, kanker, diabetes en/of osteoporose, met een maximum van 3 raadplegingen/onderzoeken per kalenderjaar. Het onderzoek moet uitgevoerd of voorgeschreven zijn door een arts, met uitzondering van de zelftest darmkanker. Er is geen cumul mogelijk met de tegemoetkoming 'medische apps' noch met de tegemoetkoming 'sportonderzoek en beweging op verwijzing'.

Wie kan hiervan genieten?

- Elke klant die regelmatig de ziekenfondsbijdrage betaalt.
- De tegemoetkoming wordt enkel toegekend indien er geen tussenkomst is voorzien in de verplichte ziekteverzekering.

Wat moet je doen om hiervan te genieten?

- Laat het document volledig invullen en afstempelen door de arts. (Niet nodig voor de zelftest darmkanker)
- Voor de zelftest darmkanker: laat het document invullen en afstempelen door de apotheker.

Kleefzegel of klantgegevens

Kleefzegel

In te vullen door de behandelende arts (niet nodig voor de zelftest darmkanker)

Hierbij bevestig ik dat ik bij _____ op / / een preventief onderzoek heb uitgevoerd of voorgeschreven en waarvoor geen terugbetaling is voorzien vanuit de verplichte verzekering voor de opsporing van:

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> kanker | <input type="checkbox"/> cardiovasculaire ziekten |
| <input type="checkbox"/> osteoporose | <input type="checkbox"/> allergieën | <input type="checkbox"/> aandoeningen van de luchtwegen |

Geattesteerde nomenclatuurcodes: _____

Betaald bedrag: _____

Stempel en/of handtekening van de behandelende arts:

Enkel voor de zelftest darmkanker: in te vullen door de apotheker

Hierbij bevestig ik dat _____ op / / een zelftest darmkanker heeft aangekocht.

Betaald bedrag: _____

Handtekening en stempel van de apotheker:



GT07611D0000000791308000