Demande d'intervention examens préventifs

helan
Mutualité libre

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.

Helan Mutualité libre
accorde une intervention de 10 euros par examen de dépistage des allergies, des maladies cardiovasculaires, des affections des voies respiratoires, du cancer, du diabète et/ou de l'ostéoporose, et ce jusqu'à concurrence de 3 consultations et/ou examens par année calendrier. L'examen doit être effectué ou avoir été prescrit par un médecin, à l'exception de l'autotest du cancer colorectal.
Aucun cumul n'est possible avec l'avantage 'Applis médicales', ni avec l'intervention 'examen sportif et Bouger sur recommandation (Beweging Op Verwijzing)'.

Qui peut en bénéficier ?
- Toute personne payant régulièrement les cotisations mutualistes.
- L'intervention n'est accordée que si l'assurance maladie légale ne prévoit pas d'intervention.

Que faire pour en bénéficier ?
- Faites compléter et viser le document par le médecin. (Pas nécessaire pour l'autotest du cancer colorectal)
- Pour l'autotest du cancer colorectal, faites compléter et viser le document par le pharmacien.

Vignette ou coordonnées du client

Vignette

A compléter par le médecin prescripteur et le dispensateur de soins (pas nécessaire pour l'autotest du cancer colorectal)

J'atteste, par la présente, avoir effectué ou préscrit pour ..... le ..... / ..... / ..... un examen préventif pour le dépistage, non remboursé dans le cadre de l'assurance maladie légale :

☐ du diabète ☐ du cancer ☐ des maladies cardiovasculaires
☐ de l'ostéoporose ☐ des allergies ☐ des affections des voies respiratoires

Montant payé : .....

Signature et cachet du médecin prescripteur et du dispensateur de soins :

Uniquement pour l'autotest du cancer colorectal, faites compléter et viser le document par le pharmacien

Je confirme par la présente que ..... a acheté un autotest du cancer colorectal en date du ..... / ..... / ..... .

Montant payé : .....

Signature et cachet du pharmacien :