

# Certificat médical – Demande d'intervention transport



## 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 à partir du 1er janvier 2022 une intervention pour le transport non urgent pour raisons médicales.

### Certificat médical

- Attention ! L'intervention n'est accordée que pour les prestations ambulatoires et les consultations effectuées par un médecin spécialiste
- Transmettez-nous ce certificat une fois par an pour pouvoir bénéficier d'un remboursement

### Vignette ou coordonnées du client

Vignette

### A compléter par le médecin spécialiste

Je soussigné(e) médecin spécialiste, déclare  
que .....  
(nom & prénom), numéro de  
client .....

a été reçu(e) en consultation et/ou a reçu des traitements ambulatoires dans le cadre de la médecine spécialisée,  
et/ou a été transporté(e) dans un centre de vaccination aux dates suivantes, parce qu'il/elle se trouvait dans  
l'incapacité de se déplacer par ses propres moyens et devait être transporté(e) :

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

ou se trouvait dans l'incapacité de se déplacer par ses propres moyens pour raisons médicales du ..... / ..... / .....  
au ..... / ..... / ..... inclus, pour une consultation et/ou des traitements ambulatoires chez un médecin et/ou  
dans un centre de vaccination et devait être transporté(e).

Date, signature et cachet du médecin spécialiste :

Si vous n'avez pas pu faire compléter le certificat médical par un médecin spécialiste, faites compléter le certificat ci-dessous par votre médecin généraliste.<sup>1</sup>

Dans ce cas, transmettez-nous aussi l'attestation de soins des prestations effectuées par un médecin spécialiste<sup>2</sup>

### A compléter par le médecin généraliste

Je soussigné(e) médecin spécialiste, déclare que .....

..... (nom & prénom), se trouvait dans l'incapacité de se déplacer par ses propres moyens pour raisons médicales chez un médecin spécialiste, et devait être transporté(e) aux dates suivantes :

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

ou se trouvait dans l'incapacité de se déplacer par ses propres moyens pour raisons médicales du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... inclus chez un médecin spécialiste, et/ou dans un centre de vaccination et devait être transporté(e).

Date, signature et cachet du médecin spécialiste :

<sup>1</sup> L'intervention ne peut être octroyée pour des prestations effectuées par un médecin généraliste, un dentiste, un kinésiste, un physiothérapeute ... (cette liste n'est pas limitative).

<sup>2</sup> Vous pouvez obtenir ce document auprès de votre médecin traitant.

**Code de nomenclature :** codes 840221 (ambulance), 840280 (taxi + bénévole), 840302 (tiers)